Un Programa de Medicare Advantage y Medicaid Advantage Plus

MANUAL PARA LOS MIEMBROS 2022: SU EVIDENCIA DE COBERTURA

VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)

H5549_2022 Total EOC_C 09132021

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

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

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y para medicamentos recetados de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, *VNSNY CHOICE Total*, es ofrecido por VNSNY CHOICE Medicare (cuando en esta Evidencia de cobertura se usan las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", se hace referencia a VNSNY CHOICE. Cuando se usan las palabras "plan" o "nuestro plan", hace referencia a *VNSNY CHOICE Total [HMO D-SNP]).*

Este documento está disponible sin cargo en inglés y chino.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-783-1444 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-783-1444 (TTY: 711）。

Comuníquese con el Equipo de atención de CHOICE al 1-866-783-1444 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Esta información está disponible de manera gratuita en otros formatos, como en letra grande, Braille o audio. Llame al 1-866-783-1444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Los beneficios, el deducible y los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Le enviaremos una notificación cuando sea necesario.

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

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

Evidencia de cobertura de 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Se explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Se detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 23

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (*VNSNY CHOICE Total [HMO D-SNP)]*) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos 44

Se explican conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas, se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto *y* lo que le corresponde pagar) 66

Se proporcionan detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro plan.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D 137

Se explican las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos recetados. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D 171

Explica las 3 etapas de la cobertura para medicamentos (Etapa de cobertura, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. También detalla los 5 niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 173

En este capítulo, se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos el costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 182

Se describen sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Se explica lo que puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 205

En este capítulo, se describe paso a paso lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos recetados que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos recetados, y olicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- También se explica cómo presentar quejas con respecto a la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 279

Se explica cuándo y cómo puede cancelar su membresía en el plan. Se explican situaciones en las que nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 292

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 298

Se explican los términos clave que se utilizan en este folleto.

Capítulo 13. Bienvenido a *VNSNY CHOICE Total* 313

Manual de Medicaid Advantage Plus del estado de Nueva York

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7

Sección 1.1 Usted está inscrito en *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*, que es un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales) 7

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*? 8

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 8

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 9

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad 9

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? 11

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid? 11

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* 12

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o permanencia legal 13

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 13

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados y la atención cubiertos 13

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 14

Sección 3.3 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan 15

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos recetados de la Parte D 16

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* 17

Sección 4.1 ¿Cuál es el costo de la prima del plan? 17

Sección 4.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 18

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 18

Sección 5.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted 18

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud..... 20

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida.....20

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan..... 20

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....20

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*, que es un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales)

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

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

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos recetados y atención médica de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* está diseñado específicamente para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

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

VNSNY CHOICE Total es administrado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales

está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa New York State Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
Nos complace proporcionarle su cobertura de salud de Medicare y Medicaid, incluida su cobertura para medicamentos recetados.

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

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*?

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener la cobertura de atención médica y para medicamentos recetados de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan. Se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar como miembro del plan.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos recetados a su disposición como miembro de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, póngase en contacto con el Equipo de atención de CHOICE del plan (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su

cobertura o condiciones que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los cuales esté inscrito en *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP),* entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.4, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos sea legal.
- 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.

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

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

Tenga en cuenta que existen determinados programas de Medicaid que no incluyen la elegibilidad. Llame al Equipo de atención de CHOICE si tiene preguntas.

Un solicitante que es un paciente internado en un hospital o es un paciente o residente de un centro autorizado por la Oficina de salud mental (Office of Mental Health, OMH) del estado, la Oficina de servicios de alcoholismo y abuso de sustancias (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) o la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo (Office For People With Developmental Disability, OPWDD) del estado, o está inscrito en otro plan de atención administrada financiado por Medicaid, un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad o un Programa de tratamiento diurno de la OPWDD, o recibe servicios de un hospicio, podría inscribirse con el contratista tras el alta o la finalización por parte del hospital para pacientes internados, centro autorizado por la OMH, la OASAS o la OPWDD, otro plan de atención administrada, hospicio, programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad o Programa de tratamiento diurno de la OPWDD.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero es razonablemente posible que pueda recuperarla en tres (3) meses, entonces todavía es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 explica la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad ininterrumpida estimada).

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes hospitalizados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [DME]).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

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

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como por ejemplo, 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 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que cumple con los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores con discapacidad calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*

Aunque Medicare es un programa federal, *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* está disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de Nueva York: Bronx, Kings (Brooklyn), Nassau, Nueva York (Manhattan), Queens, Richmond (Staten Island), Suffolk y Westchester.

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

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o permanencia legal

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

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados y la atención cubiertos

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

NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras es miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP),* es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de un centro para enfermos terminales o participar en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si mientras es miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP),* es posible que deba pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame al Equipo de atención de CHOICE de inmediato para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Equipo de atención de CHOICE).

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se enumeran nuestros proveedores de equipos médicos duraderos y proveedores de la red. En el *Directorio de proveedores y farmacias,* también se indican aquellos proveedores que aceptan Medicaid.

¿Qué son los "proveedores y farmacias de la red"?

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. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más actualizada de proveedores y farmacias se encuentra disponible en nuestra página web en **vnsnychoice.org/providers**.

Las farmacias de la red de servicios son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan.

La lista más actualizada de proveedores y farmacias se encuentra disponible en nuestra página web en **vnsnychoice.org/providers**.

¿Por qué debe saber qué proveedores y farmacias forman parte de nuestra red de servicios?

Es importante saber qué proveedores y farmacias forman parte de nuestra red de servicios porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan deberá utilizar los proveedores y las farmacias de la red de servicios para recibir atención y servicios médicos y obtener los medicamentos recetados. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia

cuando la red de servicios no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que *VNSNY CHOICE Total* autorice el uso de proveedores fuera de la red de servicios. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, la cobertura fuera de la red y la cobertura fuera del área.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores y farmacias para el próximo año. Si desea obtener una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través del Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). En el Equipo de atención de CHOICE, puede solicitar más información sobre los proveedores y las farmacias de la red de servicios, incluso sus calificaciones. Una copia actualizada del *Directorio de proveedores y farmacias 2022* se encuentra siempre disponible en nuestra página web en **www.vnsnychoice.org/providers**.

También puede encontrar el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestra página web en **vnsnychoice.org/providers**. Tanto el Equipo de atención de CHOICE como la página web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

También puede llamar al Equipo de atención de CHOICE al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia del *Directorio de proveedores y farmacias 2022* por correo.

Sección 3.3 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluidos en *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP).* Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted por sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le indica cómo averiguar los medicamentos que están cubiertos por Medicaid.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP).*

En la Lista de medicamentos, se le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar la página web del plan (**www.vnsnychoice.org/formulary**) o llamar al Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe que lo ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o "EOB de la Parte D").

En la *Explicación de beneficios de la Parte D* se le informa el monto total que usted, otra persona en su nombre y nosotros gastamos en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que pagamos por cada uno de los medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con un costo compartido inferior que puedan estar disponibles. Debe consultar con la persona autorizada a dar recetas sobre estas opciones de costos inferiores. En el Capítulo 5 (usando la cobertura del plan para los *medicamentos recetados de la Parte D*), encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo soliciten. Para obtener una copia, llame al Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*

Sección 4.1 ¿Cuál es el costo de la prima del plan?

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

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, 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 *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*, Medicaid paga sus primas de la Parte A (si no califica para este beneficio automáticamente) y sus primas de la Parte B. Si Medicaid no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicar**e, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. Si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede solicitarle al Seguro Social que reconsidere la decisión.
- **Si debe pagar un monto adicional y no lo hace, <u>se cancelará</u> su inscripción en el plan.**
- También puede visitar **<u>www.medicare.gov</u>** en internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

El manual denominado *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022) incluye información sobre estas primas en la sección titulada “2022 Medicare Costs”

(Costos de Medicare de 2022). Todas las personas que tienen Medicare reciben cada año, en otoño, una copia del documento *Medicare & You* (Medicare y usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez. También puede descargar una copia del documento *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022) de la página web de Medicare (**www.medicare.gov**). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted

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

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.

- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en una residencia de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono se están impresos en la portada posterior de este folleto).

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

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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.

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte Sección 1.3 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, la decisión sobre quién paga primero se basa en su edad, la cantidad de personas empleadas por el empleador y si tiene Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si usted es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad, y usted o un miembro de su familia se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos es un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.

  - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos es un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información, llame al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*** (cómo contactarnos, incluido cómo comunicarse con el Equipo de atención de CHOICE en el plan) **.....24**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) **.....32**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **.....33**

SECCIÓN 4 **Organización para la Mejora de la Calidad** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) **.....35**

SECCIÓN 5 **Seguro Social 36**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) **.....37**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados 38**

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 41**

SECCIÓN 1 Contactos de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* (cómo contactarnos, incluido cómo comunicarse con el Equipo de atención de CHOICE en el plan)

Cómo comunicarse con su Equipo de atención de CHOICE

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Equipo de atención de *VNSNY CHOICE.* Con gusto lo ayudaremos.

Método	Equipo de atención de CHOICE: información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Nuestro Equipo de atención de CHOICE también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
ESCRIBA A	Equipo de atención de *VNSNY CHOICE* 220 East 42nd Street, 3rd Floor New York, NY 10017
SITIO WEB	vnsnychoice.org

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
ESCRIBA A	*VNSNY CHOICE* Total Attn: Medical Management 1630 East 15th Street, 3rd Floor Brooklyn, NY 11229
SITIO WEB	vnsnychoice.org

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

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones para la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-866-791-2213
ESCRIBA A	*VNSNY CHOICE Total* Grievance and Appeals PO Box 445 Elmsford, NY 10523
SITIO WEB	vnsnychoice.org

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red de servicios, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-866-791-2213
ESCRIBA A	*VNSNY CHOICE Total* Grievance and Appeals PO Box 445 Elmsford, NY 10523
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D que se incluye en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-888-672-7205 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-858-790-7100
ESCRIBA A	MedImpact Healthcare Systems 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB	**vnsnychoice.org**

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Método	**Apelaciones para los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto**
LLAME AL	1-888-672-7205 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-858-790-6060
ESCRIBA A	MedImpact Healthcare Systems Attn: Appeals Coordinator 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB	**vnsnychoice.org**

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*

Método	Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
ESCRIBA A	*VNSNY CHOICE Total* Medicare Grievance &Appeals PO Box 445 Elmsford, NY 10523
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

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

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos).*

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
ESCRIBA A	Envíe las solicitudes de pago de la Parte C a: *VNSNY CHOICE* Claims PO Box 4498 Scranton, PA 18505 Envíe las solicitudes de pago de la Parte D (medicamentos recetados), incluido el formulario de Reembolso directo al miembro (Direct Member Reimbursement, DMR) y el recibo detallado a esta dirección: MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509098 San Diego, CA 92150-9108 Fax: 858-549-1569 Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

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

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	**www.medicare.gov** Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. La página web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre todas las quejas que tenga sobre *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*: • **Infórmele a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.** Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a que ingrese en el sitio web con su computadora. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

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

El HIICAP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni con ningún plan de salud). 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.

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

MÉTODO PARA ACCEDER A LOS RECURSOS DE SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en "**Forms, Help & Resources**" (Formularios, ayuda y recursos) en el margen derecho del menú en la parte superior
- En el menú desplegable, haga clic en "**Phone Numbers & Websites**" (Páginas web y números de teléfono)
- Ahora tiene varias opciones
  - Opción 1: Puede acceder a un **chat en vivo**
  - Opción 2: puede hacer clic en cualquier "**TEMA**" del menú en la parte inferior
  - Opción 3: puede seleccionar su **ESTADO** del menú desplegable y hacer clic en GO (Comenzar). Será dirigido a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

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

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En el estado de Nueva York, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta. (Consulte el Capítulo 12 para obtener la definición de Organización para la Mejora de la Calidad).

Livanta está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con Livanta si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

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

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

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	**www.ssa.gov**

SECCIÓN 6 Medicaid
(un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

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

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

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud del estado de Nueva York.

Método	**Información de contacto del Departamento de Salud del estado de Nueva York**
LLAME AL	1-800-541-2831
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	New York State Department of Health Office of the Commissioner Empire State Plaza Corning Tower Albany, NY 12237
SITIO WEB	**www.health.ny.gov**

La Oficina para las personas de la tercera edad del estado de Nueva York ayuda a las personas inscritas en Medicaid con los problemas relacionados con el servicio o la facturación. Pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación con nuestro plan.

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

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

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

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

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

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (para obtener información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

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

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

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

Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda adicional"), aún recibe el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca durante el período sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes del beneficio del SPAP o de otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que son esenciales para salvar la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por el ADAP, cumplen con los requisitos para la

asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través del Programa de cuidado para personas sin seguro con VIH del estado de Nueva York (ADAP*)*. Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de falta o insuficiencia de seguro.

Si actualmente está inscrito en el ADAP, este puede continuar proporcionándole la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP de su área sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Comuníquese con los Programas de Atención para Personas con VIH sin Seguro Médico (ADAP) del estado de Nueva York al 1-800-542-2437.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

¿Qué ocurre si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos recetados? ¿Obtiene los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben "Ayuda adicional" de Medicare para cubrir los costos de los medicamentos recetados. Si usted recibe "Ayuda adicional", el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare no se aplica en su caso. Si recibe "Ayuda adicional", usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos recetados durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, deberá revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, deberá contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad, afección o discapacidad. Cada estado tiene diferentes normas para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

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

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

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

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que le informe si se muda o si cambia su dirección postal.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si oprime "0", podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3.30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si oprime "1", podrá acceder a la línea de ayuda automática de RRB HelpLine y a información grabada durante las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	**rrb.gov**

CAPÍTULO 3

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

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

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan 46

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? ..46

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan.....47

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de servicios del plan para obtener atención médica y otros servicios 48

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención 48

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la aprobación de su PCP por adelantado? 50

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 51

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red.....53

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 53

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica 53

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios.....55

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre 56

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?..... 57

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos 57

Sección 4.2 ¿Qué debería hacer si los servicios no están cubiertos por el plan? 57

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"?.....58

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?.....58

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué cosa?.....59

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica" 60

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica? 60

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 61

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 62

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 62

SECCIÓN 8 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento.....63

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 63

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?....63

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare? ...63

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. En él se incluyen definiciones de términos y se explican las normas que deberá respetar para obtener tratamientos médicos, servicios y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

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

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

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

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

Al ser un plan de salud de Medicare y Medicaid, *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* 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)*.

VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

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

fuera de la red de servicios (un proveedor que no forme parte de la red de servicios de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*

- El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red de servicios. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medicaid exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. *Se debe obtener autorización del plan antes de recibir atención.* En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red de servicios *o* sin costo. Para obtener más información sobre cómo conseguir una aprobación para consultar con un médico fuera de la red de servicios, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Use 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 sanitario que cumple con los requisitos estatales y se encuentra calificado para brindarle atención médica básica. Obtendrá atención de rutina o básica por parte de su PCP. Su PCP también coordinará muchos de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. (Vea el Capítulo 12 para obtener una definición de Médico de atención primaria).

- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

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

- ¿Cuál es la función de un PCP en el plan *VNSNY CHOICE Total*?

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

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

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

  Como miembro de *VNSNY CHOICE 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, 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 *VNSNY CHOICE* al número de teléfono indicado en el Capítulo 2 de este folleto.

¿Cómo elige al PCP?

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

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted deba buscar un nuevo PCP. La elección de un PCP no lo limitará a un

grupo específico de hospitales o especialistas. Puede utilizar cualquier especialista u hospital que participen en nuestra red de servicios.

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

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

VNSNY CHOICE 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 el Equipo de atención de CHOICE 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 *VNSNY CHOICE Total* hasta que complete su tratamiento en curso actual.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la aprobación de su PCP por adelantado?

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red de servicios.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red de servicios.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red de servicios o proveedores fuera de la red de servicios.
- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red de servicios o por proveedores fuera de la red de servicios cuando los proveedores de la red de servicios no están disponibles temporalmente o no es posible comunicarse con ellos; por ejemplo, cuando usted está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Equipo de atención de CHOICE antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Equipo de atención de CHOICE).

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

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

- Los oncólogos tratan a pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Los administradores de atención ayudarán a los miembros a acceder al Programa de cuidados paliativos o al programa del centro para enfermos terminales certificado por Medicare.

(Consulte el Capítulo 12 para obtener una definición de Cuidados paliativos).

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

Como miembro de *VNSNY CHOICE 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 *VNSNY CHOICE*. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. (Consulte el Capítulo 12 para obtener una definición de “Autorización previa”).

¿La selección de un PCP tiene como resultado estar limitado a especialistas u hospitales específicos a los cuales ese PCP remite; es decir, una subred de servicios o círculos de remisión?

La elección de un PCP no lo limitará a un grupo específico de hospitales o especialistas. Puede utilizar cualquier especialista u hospital que participen en nuestra red de servicios. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer una lista de especialistas y hospitales participantes.

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

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red de servicios puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Intentaremos de buena fe darle un aviso que explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejarán el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Para recibir asistencia, llámenos al número gratuito 1-866-783-1444, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

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

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

A excepción de una emergencia, debe obtener autorización de *VNSNY CHOICE*. Comuníquese con el Equipo de atención de CHOICE para obtener más información o para organizar los servicios.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **"emergencia médica"** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

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

- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisar sobre la atención de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. Llame al Equipo de atención de CHOICE al 1-866-783-1444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta información también se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación.

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

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. 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. Para obtener más información, consulte la *Tabla de beneficios médicos* en el Capítulo 4 de este folleto.

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

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la condición y finaliza la emergencia médica.

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

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

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

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

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

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

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" se refieren a una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red de servicios o fuera de la red de servicios cuando los proveedores de la red de servicios no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una enfermedad conocida que tiene.

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

Siempre debe intentar recibir los servicios de urgencia de proveedores de la red de servicios. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente y no sería razonable esperar para obtener la atención mediante su proveedor de la red de servicios cuando la red de servicios esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red de servicios.

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

Si necesita atención de urgencia, comuníquese con su médico de atención primaria (PCP). Si su PCP no está disponible, llame al plan para recibir más instrucciones. Nuestro número está impreso en la portada posterior de este folleto.

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

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

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

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

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

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

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

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

VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios. Estos servicios se mencionan en la *Tabla de beneficios médicos* del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen según las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red de servicios y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Equipo de atención de CHOICE para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se alcance el límite del beneficio, los costos adicionales no se tendrán en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Equipo de atención de CHOICE.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"?

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un "estudio clínico") es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan o el PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, póngase en contacto con el Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) para avisarles que participará en un ensayo clínico y para averiguar más detalles específicos sobre lo que pagará su plan.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos 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.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. 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.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resúmenes de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibía como parte del estudio. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

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 y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, en forma gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente requiriese una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica accediendo a la página web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/0226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica"

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

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

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

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

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

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

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*, generalmente no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con el Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

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

Si efectuó menos de 13 pagos por el artículo de DME bajo Original Medicare *antes* de afiliarse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Deberá efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para ser dueño del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si cumple con los requisitos para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, siempre y cuando esté inscrito, *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* 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 *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* o médicamente ya no necesita equipos de oxígeno, estos deben devolverse al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de $0.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito por 36 meses en *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*.

Si antes de inscribirse en *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* pagó 36 meses de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* es de $0.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, empieza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado alquileres por equipos de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*, unirse a

VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP) por 12 meses y luego, regresar a Original Medicare, pagará el costo total compartido para la cobertura de equipos de oxígeno.

Asimismo, si realizó pagos por 36 meses mientras estaba inscrito en *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* y luego, regresa a Original Medicare, pagará el costo total compartido para la cobertura de equipos de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos 67

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 67

Sección 1.2 Nuestro plan aplica un deducible a determinados tipos de servicios 67

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare? 68

Sección 1.4 Nuestro plan también limita lo que usted paga de su bolsillo por determinados tipos de servicios 68

SECCIÓN 2 Averigüe en la *Tabla de beneficios médicos* qué es lo que está cubierto para usted 68

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan 68

Sección 2.2 Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid para los miembros de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* 126

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de *VNSNY CHOICE Total*? 130

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos por *VNSNY CHOICE Total* 130

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan *NI* por Medicare *NI* por Medicaid? 131

Sección 4.1 Servicios que *no* están cubiertos por el plan *NI* por Medicare (exclusiones de Medicare) *NI* por Medicaid 131

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios que tienen cobertura. Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

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

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

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

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

Sección 1.2 Nuestro plan aplica un deducible a determinados tipos de servicios

Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted no debe pagar deducible.

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*, el monto máximo que deberá pagar de su bolsillo por servicios de la Parte A y la Parte B en 2022 será de $7,550. Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo). Si llega al monto máximo de $7,550 que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero paguen su prima de la Parte B).

Sección 1.4 Nuestro plan también limita lo que usted paga de su bolsillo por determinados tipos de servicios

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

SECCIÓN 2 Averigüe en la *Tabla de beneficios médicos* qué es lo que está cubierto para usted

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

La *Tabla de beneficios médicos* de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*. Los servicios descritos en la

Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare y Medicaid deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red de servicios. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red de servicios. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red de servicios y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red de servicios.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la *Tabla de beneficios médicos* están cubiertos solo si el médico o los demás proveedores de la red de servicios obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa"). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados con un asterisco en la *Tabla de beneficios médicos*. Además, los siguientes servicios no indicados en la *Tabla de beneficios médicos* requieren autorización previa:
    - Ingresos en el hospital no participante y opcional, incluso ingresos de salud mental.
    - Todos los ingresos en centros de atención de enfermería especializada.
    - Todos los procedimientos que se consideran experimentales o de investigación y que Medicare los requiera como servicios cubiertos.
    - Todos los trasplantes y las evaluaciones para trasplantes.
    - Procedimientos reconstructivos que se pueden considerar estéticos.
    - Todas las remisiones a proveedores no participantes.
    - Las siguientes cirugías:
        - Cirugía bariátrica
        - Cirugía para cáncer de mama
        - Histerectomía
        - Cirugía que pueda considerarse estética

  - Procedimientos experimentales/de investigación
  - Ensayos clínicos
- Servicios de enfermería y atención médica a domicilio.
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.
- Servicios de radiología exclusivos como resonancias magnéticas (Magnetic Resonance Imaging, MRI), angiografías por resonancia magnética (Magnetic Resonance Angiography, MRA) y tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET).
- Equipo médico duradero exclusivo y dispositivos protésicos y ortopédicos.
- Servicios/procedimientos de infusión a domicilio seleccionados.
- Medicamentos exclusivos de la Parte B de Medicare.
- Transporte en ambulancia en situaciones que no sean de emergencia.
- Servicios fuera de la red (excepto en el caso de atención de emergencia).

Llame al Equipo de atención de CHOICE al número de teléfono que se incluye en la portada posterior de este manual para obtener la lista actualizada de los servicios que requieren autorización previa.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre sus costos compartidos por los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios de cuidado a largo plazo, basados en la comunidad y en el hogar, transporte y servicio de un auxiliar de atención médica a domicilio.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022). Revíselo en línea en **www.medicare.gov** o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

- Medicaid Advantage Plus 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 usted está dentro del período de elegibilidad ininterrumpida estimada de un mes de nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios cubiertos por el plan de Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyen en el plan Medicaid State Plan aplicable, ni pagaremos las primas o el costo compartido de Medicare para el cual el estado sería responsable de otra manera si no hubiera perdido su elegibilidad de Medicaid. Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

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

Información importante sobre beneficios para afiliados con determinadas afecciones crónicas:

- Si un proveedor del plan lo diagnosticó con una afección crónica y cumple con ciertos criterios médicos, es posible que sea elegible para recibir cuidados paliativos:
    - Entre los ejemplos, se incluye, entre otros, diagnosticar afecciones como insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal en etapa final (ESRD), demencia, cáncer, accidente cerebrovascular u otras afecciones.
    - Si es elegible para el programa de cuidados paliativos como se describe anteriormente, está disponible para usted sin costo adicional. Este programa está diseñado para brindar apoyo adicional a su tratamiento médico actual.

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

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

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

- Información importante sobre los beneficios para todos los afiliados que participan en los servicios de Planificación de atención de la salud y bienestar (Wellness and Health Care Planning, WHP).
- Debido a que *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* participa en el Programa de cuidados paliativos de *VNSNY CHOICE*, usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios de Planificación de atención anticipada (Advance Care Planning, ACP):
    - Los administradores de atención ofrecerán Planificación de atención anticipada por teléfono según sea necesario. Usted también puede completar directivas anticipadas en su visita periódica de evaluación en el hogar llevada a cabo por un enfermero matriculado (RN). Esta ACP es voluntaria.
    - La Planificación de atención anticipada es un proceso continuo para involucrar a usted y a su familia en conversaciones sobre sus objetivos, valores y creencias. Los administradores de atención ofrecerán Planificación de atención anticipada por teléfono según sea necesario. Usted también puede completar directivas anticipadas en su visita periódica de evaluación en el hogar llevada a cabo por un enfermero matriculado (RN).

Medicare aprobó VNSNY CHOICE Medicare para brindar estos beneficios como parte del programa de diseño de seguros basado en el valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.

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

- Si recibe "Ayuda adicional" para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros, es posible que sea elegible para otros beneficios complementarios o costo compartido reducido concentrados.

- Para obtener más información, consulte la *Tabla de beneficios médicos* en el Capítulo 4.
    - Si un proveedor del plan lo diagnosticó con las siguientes afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, es posible que sea elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. Los miembros inscritos en *VNSNY CHOICE Total* son personas con necesidades especiales con afecciones crónicas específicas.
    Los miembros inscritos en este plan tienen discapacidades comórbidas. Las comorbilidades también justifican las necesidades complejas de la membresía. Entre los ejemplos, se incluye, entre otros, diagnosticar afecciones como insuficiencia cardíaca, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Enfermedad renal en etapa final (ESRD), demencia, cáncer o accidente cerebrovascular.
- Para obtener más información, consulte la fila "Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas" en la siguiente *Tabla de beneficios médicos*.
- Los miembros inscritos en *VNSNY CHOICE Total* son personas con necesidades especiales con afecciones crónicas específicas. Los miembros inscritos en este plan tienen discapacidades comórbidas. Las comorbilidades también justifican las necesidades complejas de la membresía.
    - Entre los ejemplos, se incluye, entre otros, diagnosticar afecciones como insuficiencia cardíaca, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Enfermedad renal en etapa final (ESRD), demencia, cáncer o accidente cerebrovascular.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, auxiliar médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura	No hay copago para hasta 30 visitas cada año. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor crónico de espalda baja Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Están cubiertas hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare conforme a las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor crónico de espalda baja se define de la siguiente manera: • Que dura 12 semanas o más. • No específico, ya que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedades metástasicas, inflamatorias, infecciosas, etc.). • No asociado con cirugías. • No asociado con embarazo.	No existe un copago para recibir la acupuntura cubierta por Medicare para la espalda baja. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor crónico de espalda baja *(continuación)* Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. Se debe discontinuar el tratamiento si el paciente no mejora o experimenta un retroceso. Requisitos para proveedores: Los médicos (según se define en el Artículo 1861 (r)(l) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden realizar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en el Artículo 1861 (aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden realizar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales vigentes y si tienen: • Una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y, • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para realizar acupuntura en un estado, un territorio o una mancomunidad de los Estados Unidos (como Puerto Rico), o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, de conformidad con el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Secciones 410.26 y 410.27.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya condición médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. • El transporte en ambulancia, si no se trata de una emergencia, es adecuado si se documenta que la condición del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Usted no paga nada por los viajes en ambulancia de un solo tramo cubiertos por Medicare. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". No obstante, no es necesario haber realizado la visita "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las visitas anuales de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas que califiquen (en general, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplan con ciertas condiciones y cuenten con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Tiene cubierto un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta un máximo de 36 sesiones durante 36 semanas).	Usted no paga nada por lo cubierto por Medicare: • Servicios de rehabilitación cardíaca • Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.
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.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre un alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero de vagina, o si está en edad de procrear y tuvo un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación.	Usted no paga nada por las consultas quiroprácticas cubiertas por Medicare. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Uno de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal immunochemical test, FIT). Prueba de detección de cáncer colorrectal basada en ADN, cada 3 años. Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios odontológicos *Healthplex proporciona los servicios odontológicos.* En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. El plan cubre lo siguiente: • 2 consultas al año para servicios de diagnóstico • 2 consultas al año para servicios de restauración • 2 consultas al año para prostodoncia • Otras cirugías bucales/maxilofaciales Los servicios dentales cubiertos por Medicaid incluyen servicios odontológicos regulares y de rutina, como controles dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes, dentaduras postizas, implantes dentales y otros servicios para controlar cualquier cambio o anomalía que pueda requerir tratamiento o atención de seguimiento. No necesita una remisión de su PCP para consultar a un dentista. Si tiene preguntas relacionadas con la atención dental, llame a Healthplex al 1-800-468-9868 (TTY: 1-800-662-1220), De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.	La cobertura máxima del plan es de $1,500. No se aplica un deducible anual por categoría de servicio para los beneficios dentales cubiertos por Medicare. Usted no paga nada por los beneficios dentales cubiertos por Medicaid y Medicare.
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.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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. Ascensia/Bayer Diabetes Care es la marca elegida por el plan para los suministros de pruebas y control de la diabetes cuando se obtienen en una farmacia minorista de la red. Todos los otros productos de marca requerirán aprobación del plan para la cobertura. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	Usted no paga nada por lo cubierto por Medicare: • Suministros para el control de la diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Calzado terapéutico o plantillas

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "equipo médico duradero"). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generar el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Por lo general, *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que figuran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un participante nuevo de *VNSNY CHOICE Total* (*HMO D-SNP)* y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Debería hablar con su médico durante este tiempo para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de transcurrido dicho período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo remita para obtener una segunda opinión). Usted (o su proveedor) puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de los productos o las marcas que son apropiados para tratar su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*	No se aplica un deducible anual por categoría de servicio. Usted no paga nada por el equipo médico duradero cubierto por Medicare o Medicaid. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados *(continuación)* El plan cubre equipos médicos duraderos cubiertos por Medicaid, incluidos los dispositivos y demás equipos diferentes de los suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales, prótesis o aparatos ortopédicos que tengan las siguientes características: pueden resistir el uso repetido por un período extendido; son utilizados principalmente y habitualmente con fines médicos; no son útiles en general para una persona que no padece enfermedad o lesiones, y están usualmente adaptados, diseñados o hechos a medida para el uso por parte de un individuo en particular. El DME debe estar indicado por un médico. No existe prerrequisito de convalecencia en el hogar o invalidez, e incluye el DME no cubierto por Medicare cubierto por Medicaid (tal como banqueta para bañera, barras de soporte, etc.). Suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas y suplementos enterales/parenterales, y baterías para los audífonos.	
Mayor control de enfermedades Un beneficio que puede proporcionarle apoyo adicional para cuidar de su salud. Los miembros elegibles pueden participar para recibir un mejor manejo de enfermedades. Los servicios incluyen lo siguiente: • Visitas a domicilio por parte de un enfermero para evaluar las necesidades de salud, sociales y de seguridad en el hogar. • Ayuda para encontrar médicos y realizar citas. • Asistencia para tomar los medicamentos de la forma correcta. • Conexiones con recursos comunitarios.	Usted paga $0. Es posible que se requiera autorización previa. Llame a su Equipo de atención de CHOICE para obtener más información y consultar sobre la elegibilidad.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier 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, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que se brindaron fuera de la red de servicios es el mismo que para tales servicios brindados dentro de la red. Usted cuenta con una cobertura de hasta $50,000 para atención de emergencia y servicios de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Consulte la sección “Cobertura internacional” para obtener más información.	No se aplica un deducible anual por categoría de servicio. Usted no paga nada por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Si lo internan en el hospital en un plazo de 24 horas desde la consulta en la sala de emergencias, usted paga $0 por la consulta en la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes hospitalizados después de haberse estabilizado su condición de emergencia, debe recibir la atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Estado físico Usted tiene cobertura por una membresía al club de salud con SilverSneakers®. Esto incluye clases grupales de ejercicio en las instalaciones del club de salud participantes y en línea. Este programa de membresías para estado físico está diseñado para beneficiarios de Medicare. Para obtener más información sobre este beneficio, visite el sitio web silversneakers.com o llame sin cargo al 1-866-584-7389 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.	No existe un copago por los servicios descritos en esta sección, pero puede haber algunas limitaciones. Llame a su Equipo de atención de CHOICE para obtener más información.
Tarjeta Flex La tarjeta Flex es un beneficio de $750 con tarjeta de débito Visa ($187.50 por trimestre). Se puede usar para pagar artículos o servicios que superen el máximo cubierto para servicios dentales (servicios de diagnóstico, servicios de restauración, prostodoncia, otra cirugía maxilofacial) de estado físico, de audición (audífonos de todos los tipos) o de la vista (anteojos: lentes y monturas). Otros tipos de servicios y bienes no son elegibles. El saldo de la tarjeta se transfiere después de cada trimestre, pero debe ser usado antes del final del año calendario (del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022). El saldo no utilizado en la tarjeta se devolverá al plan al final del año calendario o cuando deje el plan. No es una tarjeta de crédito. No puede cambiarla por efectivo ni prestarla a otras personas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la tarjeta Flex. No paga nada por este beneficio, pero puede haber algunas limitaciones. Llame a su Equipo de atención de CHOICE para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Programas educativos sobre salud y bienestar • Materiales educativos impresos sobre la salud • Tecnologías de acceso remoto Línea de asistencia telefónica de enfermería, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Usted no paga nada por los servicios descritos en esta sección.
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios, cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Usted no paga nada por lo siguiente: • Un examen auditivo de rutina por año. • Dos evaluaciones para la colocación de audífonos, limitadas a una por oído (una para el derecho y otra para el izquierdo) cada tres (3) años. • Dos audífonos complementarios cada tres años. • Límite de cobertura del plan de $1,400 para audífonos complementarios, limitados a $700 por oído (uno para el oído derecho y uno para el oído izquierdo) cada tres años. Los servicios y los productos auditivos de Medicare y Medicaid están cubiertos cuando son médicamente necesarios para aliviar la discapacidad provocada por la pérdida o la deficiencia auditivas.	Usted no paga nada por los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Usted no paga nada por los beneficios auditivos cubiertos por Medicare. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Ayuda con determinadas afecciones crónicas Si se le diagnostica insuficiencia cardíaca en etapa cuatro y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), índices de fracción de eyección u otras enfermedades graves, es posible que sea elegible para el Programa de cuidados paliativos. Si es elegible para el programa, está disponible para usted sin costo adicional y está diseñado para brindar apoyo adicional a su tratamiento médico actual. Cuidados paliativos: En los cuidados paliativos se trabaja para mejorar su calidad de vida y la de su familia. Puede recibir atención a través del Programa de cuidados paliativos si tiene una enfermedad grave. La atención la proporciona un equipo de médicos, enfermeros, trabajadores sociales, nutricionistas y otras personas con formación especial. Se establecerá un equipo para usted que trabajará con usted, su familia y sus médicos para ayudarlo a vivir la mejor vida posible. Si es elegible y se inscribe en el Programa de cuidados paliativos, un miembro de su Equipo de atención lo llamará. Juntos planificaremos la frecuencia de llamadas para que le proporcionen ayuda y se asegure de que sus servicios satisfagan sus necesidades específicas de salud y para analizar otros recursos que pueda necesitar. Recibirá el siguiente apoyo mediante los Servicios de administración de la atención: • Evaluación de atención integral • Planificación y objetivos de la atención a través de debates • Acceso a servicios sociales y recursos de la comunidad • Coordinación con su médico de atención primaria	Usted paga $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Ayuda con ciertas afecciones crónicas *(continuación)* Si reúne los requisitos para un centro para enfermos terminales durante su inscripción en cuidados paliativos y elige uno, es posible que sea elegible para recibir atención simultánea de transición. Si es elegible, puede continuar con tratamientos curativos, como quimioterapia o hemodiálisis paliativas, hasta un mes después de elegir un proveedor de cuidados para enfermos terminales dentro de la red. Consulte el beneficio "Cuidados en centros para enfermos terminales" para obtener más información.	
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para realizar pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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.	Usted no paga nada por las consultas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicaid o Medicare. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración subcutánea o intravenosa de medicamentos o agentes biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen medicamentos (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación para pacientes que, de otra manera, no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto; se pueden aplicar restricciones.* • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. *Monitoreo y servicios de monitoreo remoto (incluidos en el monto de pago de la visita de servicios profesionales).	Usted no tiene que pagar por la terapia de infusión en el hogar cubierta por Medicare. Se requiere autorización. Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa por parte del plan.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidados en centros para enfermos terminales Los cuidados para enfermos terminales implican atención integral y compasiva, centrada en proporcionar alivio físico y asistencia emocional a personas con enfermedades avanzadas. Los objetivos principales son garantizar la comodidad, mejorar la calidad de vida y preservar la dignidad y elección, para poder vivir la vida con la mayor plenitud posible. Es posible que reciba atención a través de un programa de centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted será elegible para el beneficio de centro para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro para enfermos terminales le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. 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. Para los servicios en un centro para enfermos terminales y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal: Su plan pagará sus servicios del centro para enfermos terminales relacionado con su pronóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de centro para enfermos terminales, su proveedor del centro para enfermos terminales facturará a su plan por los servicios que su plan cubra.	Cuando se inscribe en un programa de 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 pronóstico terminal los paga *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidados en centros para enfermos terminales *(continuación)* Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no sean de urgencia o de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de servicios de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red de servicios, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red de servicios, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio (Original Medicare). Para los servicios cubiertos por *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP),* pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. (*Como miembro del plan Total, usted tiene un costo compartido de $0).*	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidados en centros para enfermos terminales *(continuación)* Si es elegible para un centro para enfermos terminales y elige uno, puede ser elegible para la atención simultánea de transición (TCC). La TCC incluye servicios necesarios para seguir atendiendo las necesidades de atención, según sea médicamente apropiado, para el tratamiento de su afección terminal. Estos servicios ayudan a proporcionar una transición a los cuidados para enfermos terminales y pueden incluir la reducción gradual de un tratamiento curativo específico con el tiempo. La TCC requiere autorización previa y está disponible hasta un mes después de elegir el centro para enfermos terminales, solo si elige un proveedor de cuidados para enfermos terminales dentro de la red. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 10.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?*). **Nota:** Si necesita cuidados que no sean para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debería contactarnos para coordinar los servicios. **Nuestro plan cubre los servicios de consulta con centros para enfermos terminales (una única vez) para una persona que padezca una enfermedad terminal y no haya optado por el beneficio de centros para enfermos terminales.** Si usted es elegible, pero no se siente listo para recibir cuidados para enfermos terminales, puede recibir servicios de apoyo a través del Programa de cuidados paliativos, como se describe en esta tabla debajo de la sección *Ayuda con determinadas afecciones.*	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, COVID-19 y hepatitis B.
Atención para pacientes hospitalizados en un hospital Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes hospitalizados, servicios hospitalarios de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Los servicios de atención para pacientes hospitalizados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa en el hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado. El programa brinda servicios de atención para pacientes hospitalizados en un hospital para servicios médicamente necesarios hasta 365 días por año (366 en años bisiestos). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio.	*A excepción de una emergencia, debe obtener autorización de *VNSNY CHOICE*. Comuníquese con el plan para obtener más información. Si recibe atención para pacientes hospitalizados autorizada en un hospital fuera de la red de servicios una vez que se haya estabilizado la afección de emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red de servicios.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados en un hospital *(continuación)* • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la evaluación de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicios. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red de servicios están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir recibir sus servicios de trasplante localmente, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios de médicos.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados en un hospital *(continuación)* **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en internet en **www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf** o bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados *Beacon 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 Beacon al 1-866-317-7773 (TTY: 1-866-835-2755), de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., De lunes a viernes.	No se aplica un deducible anual por categoría de servicio para los servicios recibidos en un hospital de la red de servicios. Usted no paga nada por una estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red de servicios. Su cobertura incluye hasta 190 días de servicios de atención para pacientes hospitalizados en un hospital de por vida. Los servicios hospitalarios se tienen en cuenta para el límite de por vida de 190 días únicamente si se reúnen ciertas condiciones. Este límite no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que se brindan en un hospital general. *A excepción de una emergencia, debe obtener autorización de *VNSNY CHOICE*.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un centro de atención 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. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de médicos. • Exámenes de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Si recibe servicios en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada de la red de servicios, no se aplican deducibles ni copagos por los servicios que se mencionan en esta sección. *****Excepto por los servicios médicos, se aplican normas de autorización para todos los demás servicios cubiertos que se mencionan en esta sección. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante cuando lo solicita el médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar el pedido todos los años si debe continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada del cambio conductual con respecto a la salud, que brinda formación práctica para el cambio dietario a largo plazo, el aumento de la actividad física y las estrategias de resolución de problemas que permiten sobreponerse a los desafíos de la pérdida de peso continua y un estilo de vida saludable. La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes ambulatorios o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC). • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos de administración oral para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de enfermedades causadas por deficiencias inmunitarias primarias. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D y la Parte B.	No se aplica un deducible anual para los medicamentos de la Parte B de Medicare. Usted no paga nada por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare *(continuación)* En el Capítulo 5, se explica el beneficio para medicamentos recetados de la Parte D, incluso las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para medicamentos recetados. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Prueba de detección de obesidad y terapia para fomentar la pérdida de peso continua Si tiene un índice de masa corporal de más de 30, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la terapia y las pruebas de detección de obesidad preventivos.
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan por trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios usados para tratar el OUD a través del Programa de tratamiento de opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • La Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó los medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas opioides. • Suministro y administración de esos medicamentos (si corresponde). • Asesoramiento por abuso de sustancias. • Terapia grupal e individual. • Pruebas de toxicología. • Actividades de consumo. • Evaluaciones periódicas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los Servicios del programa de tratamiento con opioides.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios.	Usted no paga nada por las pruebas de diagnóstico, y los servicios y los suministros terapéuticos cubiertos por Medicare. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios para determinar si necesita ingresar como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios tengan cobertura, estos deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se suministran por orden de un médico u otra persona autorizada por una ley de licencia estatal o estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!* La hoja de datos se encuentra disponible en internet en www.medicare.gov/Pibs/pdf/1145-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Usted no paga nada por la observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!* La hoja de datos se encuentra disponible en internet en **www.medicare.gov/Pubs/pdf/1145-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf** o bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	No se aplica un deducible ni un copago por los servicios recibidos en un hospital de la red de servicios. *Excepto en una emergencia, algunos servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios requieren autorización previa del plan. Medicaid cubre los deducibles, los copagos y el coseguro de Medicare. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de salud mental prestados por un médico o psiquiatra autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, auxiliar médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. Para obtener información relacionada con la salud mental y conductual, llame a Beacon al 1-866-317-7773 (TTY: 1-866-835-2755), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.	Usted no paga nada por cada consulta de terapia grupal o individual cubierta por Medicare. Usted no paga nada por cada consulta de terapia grupal o individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. Usted no paga nada por los servicios de programas de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. *Excepto en el caso de una emergencia, es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Al ser usted miembro con doble elegibilidad, tiene derecho a recibir servicios adicionales cubiertos por Medicaid. No hay límites de cobertura para las visitas médicamente necesarias relacionadas con la terapia ocupacional (OT), la terapia del habla (ST) y la fisioterapia (PT) para pacientes ambulatorios que sean solicitadas por un médico u otro profesional matriculado. Consulte el Capítulo 13 para conocer los beneficios disponibles en virtud del plan Medicaid Advantage Plus de *VNSNY CHOICE Total*.	Usted no paga nada por las siguientes visitas cubiertas por Medicare o Medicaid • visitas de fisioterapia; • visitas de terapia del habla y el lenguaje; y • visitas de terapia ocupacional. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios por abuso de sustancias se proporcionan en una oficina, en clínicas, en el hogar del individuo o en otros lugares adecuados para proporcionar los servicios. Un médico, psicólogo clínico, asistente social clínico, profesional en enfermería, especialista en enfermería clínica, una enfermera partera certificada, un auxiliar médico u otro proveedor sanitario calificado según Medicare proporciona los servicios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Evaluación inicial y continua. • Plan de atención individualizado con un enfoque de tratamiento claro basado en las necesidades y la respuesta al tratamiento. • Psicoterapia grupal e individual que se centra en los comportamientos asociados con el consumo de alcohol y/o drogas, incluso estilo de vida, actitudes, prevención de las recaídas y capacidad de afrontar el problema. • Orientación y participación familiar, según corresponda. • Planificación del alta, que incluye la identificación de los criterios reales del alta. Un miembro se puede autorremitir para una evaluación por parte de un proveedor de la red de servicios en un período de 12 meses.	Usted no paga nada por cada consulta de tratamiento ambulatorio individual o grupal cubierta por Medicare o Medicaid para casos de abuso de sustancias. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio".	Usted no paga nada por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare. Usted no paga nada por cada consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

Tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC) y compras
VNSNY CHOICE Total brinda cobertura para los productos de salud de venta libre (over-the-counter, OTC) y artículos de compras.
• Los miembros recibirán un catálogo de artículos y productos aprobados que incluye información sobre cómo acceder a este beneficio.
• También puede utilizar este beneficio para que le envíen productos frescos y alimentos directo a su hogar. Llame o visite las páginas web de estos proveedores asociados para hacer su pedido.
  • www.MomsMeals.com o llame al (866)-971-6667 (TTY: 711) de 9:00 a. m. a 6:00 p. m. (horario del este).
  • www.NationsOTC.com o llame al 1-833-746-7682 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (horario del este).
  • www.FarmboxRx.com o llame al 1-913-349-5614 (TTY: 711) de 10:00 a. m. a 5:00 p. m. (horario del este).
• Solo puede usar este beneficio para comprar artículos de uso personal. No puede utilizarlo para comprar artículos destinados a sus dependientes ni ninguna otra persona.
• Su beneficio no puede cambiarse por dinero en efectivo.
• Su saldo no se acumulará de un mes a otro. Cualquier monto no usado se devolverá a *VNSNY CHOICE*.
• Algunos artículos están marcados con "Doble propósito" y solo se pueden solicitar si el médico le recomienda utilizarlos.
• Algunos productos para la salud pueden estar disponibles para usted a través de Medicaid mediante el uso de su tarjeta de identificación de Beneficios de Medicaid.
Nota: Consulte el catálogo de la tarjeta de OTC y compras para obtener una lista de los artículos cubiertos. El catálogo también incluye una lista de los artículos de salud no cubiertos. Si no tiene una copia, llame al Equipo de atención de CHOICE y solicite que le envíen una.
	Usted paga $0.
	Usted tiene cobertura por un monto máximo de $180 por mes para productos de venta libre (OTC) y artículos de compras. Comuníquese con el Equipo de atención de CHOICE para obtener una lista de artículos y farmacias participantes y minoristas elegibles.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que el que se brinda en el consultorio de un médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente.	Usted no paga nada por los servicios cubiertos por Medicare. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información. Medicaid cubre los deducibles, los copagos y los coseguros de Medicare.
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Visitas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio, realizados por su PCP, si el médico así lo indica para determinar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento con un médico o enfermero profesional. o 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. o Consulte los beneficios de telesalud para obtener más información.	Usted no paga nada por cada consulta con un médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada por cada consulta con un especialista para los beneficios cubiertos por Medicare. No necesita una remisión para las consultas con un PCP o especialista. *Ciertos servicios requieren autorización previa del plan. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en el hospital o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar 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 • Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico por 5 a 10 minutos **si**: o Usted no es un paciente nuevo. o El registro no está relacionado con una visita en el consultorio en los últimos 7 días. o El registro no deriva en una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronta disponible. • Evaluación de video o imágenes que envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si**: o Usted no es un paciente nuevo. o La evaluación no está relacionada con una visita en el consultorio en los últimos 7 días. o La evaluación no deriva en una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronta disponible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro médico electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad oncológica neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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.	Usted no paga nada por las consultas de podiatría cubiertas por Medicare. Tiene cobertura de hasta 6 consultas complementarias de podiatría de rutina al año. Las consultas de podiatría cubiertas por Medicare son para la atención médicamente necesaria del cuidado de los pies. *Se aplican normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.
Servicios privados de enfermería Tienen cobertura cuando el médico determina que son médicamente necesarios. Los servicios de enfermería pueden brindarse a través de una agencia certificada de atención a domicilio aprobada, una agencia certificada de atención médica a domicilio o un profesional privado. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, a tiempo parcial o constantes y deben ser provistos en el domicilio de la persona inscrita, de acuerdo con el plan de tratamiento escrito del médico que indicó los servicios, el auxiliar médico autorizado o el profesional de enfermería certificado.	No existe copago para cada servicio cubierto por Medicaid que sea médicamente necesario. *El plan requiere autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de más de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte "Cuidado de la vista" más adelante en esta sección).	Usted no paga nada por lo cubierto por Medicare: • Dispositivos protésicos. • Suministros médicos relacionados con aparatos protésicos, férulas y otros dispositivos. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información. Los suministros médicos no requieren autorización previa por parte del plan. No existen requisitos previos relacionados con la diabetes para los dispositivos ortopédicos.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de moderada a grave y tienen un pedido del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Usted no paga nada por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. 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 cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas que cumplen con los requisitos, se cubre una tomografía computada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles son**: las personas de 55 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de haber fumado al menos 30 paquetes de cigarrillos por año y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que obtengan una orden escrita para una LDCT durante una consulta de orientación para pruebas de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas que cumple con los criterios de Medicare para esas consultas y que son proporcionadas por un médico o un profesional no médico calificado. *Para pruebas de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección de LDCT inicial:* el miembro debe obtener una orden escrita para una prueba de detección de cáncer de pulmón mediante una LDCT que puede realizarse durante cualquier consulta adecuada a un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige proporcionar una consulta de orientación para realizar pruebas de detección de cáncer de pulmón y una toma de decisiones compartidas para pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT subsiguientes, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para esas consultas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas ni por la LDCT cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de trasmisión sexual (ETS), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el médico 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 cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un médico de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios cubiertos por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipo y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección: "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".	Usted no paga nada por los servicios cubiertos por Medicare para tratar afecciones y enfermedades renales.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF"). Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de atención de enfermería especializada. El plan también cubre los días cubiertos por Medicaid más allá del límite de 100 días de Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 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 aplica un deducible anual por categoría de servicio. Usted no paga nada por una estadía cubierta por Medicare o Medicaid en un centro de atención de enfermería especializada. No se requiere hospitalización previa. Un "período de beneficios" comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada. Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de servicios de enfermería especializada. *Se aplican normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) *(continuación)* Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red de servicios. No obstante, en determinadas circunstancias que se detallan más abajo, es posible que pueda recibir su atención en un centro que no sea proveedor de la red de servicios si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Una residencia de ancianos o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). Un SNF donde su cónyuge 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) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses. No obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficios suplementarios especiales para los Los enfermos crónicos (SSBCI) Consulte el beneficio de la "Tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC) y compras" para obtener más información. Para aquellos miembros elegibles para recibir los Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI), CHOICE Total permitirá el uso de la asignación de la tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC) mensual del miembro para una lista ampliada de artículos aprobados que incluyen determinadas compras. Los Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI) combinan el beneficio de medicamentos de venta libre sin receta para cubrir determinados artículos de compras, que solo pueden usarse en determinadas farmacias y minoristas.	Usted paga $0. Este beneficio se combina con la Tarjeta de artículos de venta libre (OTC) y comestibles para cubrir los artículos comestibles elegibles.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La terapia de ejercicio supervisada (SET) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad. 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. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte para la vida tanto básicas como avanzadas. La SET puede tener cobertura más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas y sumar 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor de atención médica determina que es médicamente necesario.	Usted no paga nada por la terapia SET cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Telesalud Los servicios de telesalud de Medicare incluyen determinados servicios médicos o de salud suministrados por un proveedor elegible que no se encuentra en su ubicación, mediante el uso de un sistema interactivo de telecomunicaciones bidireccional (como audio y video en tiempo real). Los servicios que se incluyen son los siguientes: • Servicios de urgencia • Servicios de salud a domicilio • Servicios de médico de atención primaria • Servicios de terapia ocupacional • Servicios de especialistas médicos • Sesiones individuales para servicios de especialidad en salud mental • Sesiones grupales para servicios de especialidad en salud mental • Sesiones individuales para servicios de psiquiatría • Sesiones grupales para servicios de psiquiatría • Servicios de patología de terapia del habla y fisioterapia • Servicios del programa de tratamiento con opioides • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Servicios de observación • Servicios del centro quirúrgico ambulatorio (ASC) • Sesiones individuales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • Sesiones grupales de servicios por abuso de sustancias para pacientes externos • Servicios educativos sobre enfermedades renales • Capacitación para el autocontrol de la diabetes	No existe copago. Es posible que requiera autorización previa.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Transporte • Los viajes de ida y vuelta a centros aprobados por el plan están cubiertos. • Los servicios de transporte que no sean para casos de emergencia están cubiertos. El medio de transporte es automóvil o ambulancia. Llame al número de abajo para programar viajes de ida y vuelta a las citas médicas al menos con 48 horas de anticipación. 1-877-718-4219 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.	Usted no paga nada por los servicios de transporte cubiertos por Medicaid. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red de servicios o fuera de la red de servicios cuando los proveedores de la red de servicios no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido para los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados en la red. Usted cuenta con una cobertura de hasta $50,000 por año para servicios de atención de emergencia y urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Consulte la sección “Cobertura internacional” para obtener más información.	Usted no paga nada por las consultas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista *Superior Vision proporciona los servicios de atención de la vista.* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más, y estadounidenses de origen hispano de 65 años o más. • En el caso de las personas con diabetes, la prueba de detección para retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). También tiene cobertura para lo siguiente: • Un examen de la vista de rutina por año. • Un examen de la vista cada dos años para hacerse anteojos. • Un par de anteojos (cristales y marcos) o lentes de contacto, pero no ambos. • Límite de cobertura de $300 para un par de anteojos (marcos y cristales) o lentes de contacto por año.	Usted no paga nada por los artículos y los servicios descritos en esta sección. Los exámenes de la vista están cubiertos cada 12 meses, desde la última fecha de servicio. Las pruebas de glaucoma no tienen costos compartidos. *Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener autorización.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista *(continuación)* Se requiere determinar la necesidad médica para todos los anteojos. Los lentes estándar incluyen lentes simples, bifocales y trifocales. Los lentes estándar no incluyen lentes especializados, tales como lentes de transición, tonalizados, progresivos o de policarbonato. Los lentes de contacto estándar incluyen lentes de uso diario extendido, desechables, de uso diario estándar, tóricos o rígidos permeables al gas. Si tiene preguntas relacionadas con la atención de la vista, llame a Superior Vision al 1-800-507-3800 TTY: 1-800-201-7165 De lunes a viernes: De 8:00 a. m. a 9:00 p. m. (horario del este) Sábados: De 11:00 a. m. a 4:30 p. m. (horario del este)	
Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** cubrimos la visita preventiva “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 visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cobertura internacional Usted cuenta con un límite de cobertura del plan de $50,000 por año para atención de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Si recibe atención de emergencia o de urgencia fuera de los Estados Unidos, debe presentar un formulario para el reembolso. La documentación de respaldo incluye: • Nombre del miembro • Fecha de servicio • Nombre, tipo, dirección y teléfono del proveedor • Descripción de los servicios • Monto abonado	Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Sección 2.2 Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid para los miembros de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*

VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP) 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 cuidado 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 *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*. En la mayoría de los casos, deberá usar su tarjeta de identificación (ID) de miembro de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* para recibir los beneficios adicionales descritos en esta sección. Sin embargo, algunos de los beneficios descritos en esta sección solo están cubiertos por el método de pago por servicio de Medicaid del estado de Nueva York, y no por *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*.
Deberá usar su tarjeta de Medicaid emitida por el estado de Nueva York cuando acceda a los servicios que solo están cubiertos por el método de pago por servicio de Medicaid del estado de Nueva York.

Servicios **adicionales de Medicaid** que tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.
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 asistente personal y dirigido por el miembro o un representante designado.	Copago de $0. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* 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. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios **adicionales de Medicaid** que tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.
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. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* 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. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.
Servicios de respuesta ante emergencias personales (Personal Emergency Response Services, PERS) Dispositivo electrónico que les permite a las personas recibir ayuda en situaciones de emergencia física, emocional o ambiental.	Copago de $0. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

Servicios **adicionales de Medicaid** que tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios privados de enfermería Este tipo de servicio brinda servicios de enfermería continuos en su casa o lugar de residencia. Esto dependerá del plan de tratamiento escrito del médico que hace el pedido, el auxiliar médico registrado o el profesional de enfermería certificado. Los servicios de enfermería privada deben ser proporcionados por una persona que esté autorizada y esté actualmente registrada en el Departamento de Educación del estado de Nueva York para ejercer como enfermero matriculado o auxiliar de enfermería autorizado.	Copago de $0. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.
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. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.
Asistencia 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. *Es posible que se apliquen normas de autorización. Comuníquese con *VNSNY CHOICE* para obtener más información.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de *VNSNY CHOICE Total*?

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos por *VNSNY CHOICE Total*

Los siguientes servicios no están cubiertos por *VNSNY CHOICE Total*, pero están disponibles a través de Medicaid:

Servicios de Medicaid que no están cubiertos por *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* ***Los siguientes beneficios y servicios no están cubiertos por *VNSNY CHOICE Total*, pero están cubiertos por el método de pago por servicio de Medicaid. Para acceder a estos beneficios, deberá presentar su tarjeta de Medicaid emitida por el estado de Nueva York.**	
Ciertos servicios de salud mental, incluidos los siguientes: ○ Programas de tratamiento de rehabilitación psiquiátrica intensiva ○ Tratamiento diurno ○ Tratamiento diurno continuo ○ Gestión de casos psiquiátricos serios y persistentes grado III (patrocinado por las unidades de salud mental locales y estatales) ○ Hospitalización parcial ○ Tratamiento Asertivo Comunitario (Assertive Community Treatment, ACT) ○ Servicios orientados de recuperación personalizada (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)	Copago de $0.
Terapia de observación directa para la tuberculosis	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 provistos a residentes de las residencias comunitarias (Community Residences, CR) habilitadas de la OMH y los programas de tratamiento basados en la familia	Copago de $0.

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

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

En esta sección se describen los tipos de servicios que están "excluidos" por Medicare. El término "excluido" significa que ni el plan *NI* Medicare *NI* Medicaid cubren estos servicios.

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

Ni nosotros ni Medicare ni Medicaid pagaremos los servicios médicos excluidos que figuren en la siguiente tabla, salvo en las circunstancias determinadas que se indican. Como única excepción, pagaremos si, en una apelación respecto de un servicio de la siguiente tabla, se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o que debería haber estado cubierto, teniendo en cuenta su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en la *Tabla de beneficios médicos* o en la siguiente tabla.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Acupuntura		✓ • Cubierto para dolor crónico de espalda baja

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Cirugía o procedimientos estéticos.		✓ • Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las fases de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.
El cuidado asistencial es la atención brindada en un hogar de convalecencia, centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada. 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.		✓

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.		✓ • Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplea tratamientos naturales o alternativos).	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Atención odontológica que no sea de rutina.		✓ • La atención odontológica necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede tener cobertura como atención como pacientes hospitalizados o externos.
Zapatos ortopédicos.		✓ • Se cubren si los zapatos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o un centro de atención de enfermería especializada; por ejemplo, un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		✓ • Cubierto solo cuando existe una necesidad médica. • Se cubre la manipulación de la columna para corregir una subluxación.
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios según las normas de Original Medicare.	✓	
Dispositivos de apoyo para pies.		✓ • Se brinda cierta cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare. Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 140

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D 140

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura de los medicamentos de la Parte D del plan 141

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 142

Sección 2.1 Para que los medicamentos recetados estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red 142

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 142

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan 144

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 145

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan 146

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 147

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 147

Sección 3.2 Hay 5 "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos 148

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 149

SECCIÓN 4 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 149

Sección 4.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D") 149

Sección 4.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 150

SECCIÓN 5 Hay restricciones con respecto a la cobertura de algunos medicamentos 151

Sección 5.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....151

Sección 5.2 ¿Qué tipos de restricciones? 152

Sección 5.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?...153

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera? 154

Sección 6.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.....154

Sección 6.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 155

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? 158

SECCIÓN 7 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?.....159

Sección 7.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año.....159

Sección 7.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?.....159

SECCIÓN 8 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 162

Sección 8.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....162

SECCIÓN 9 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento recetado 163

Sección 9.1 Muestre la tarjeta de miembro 163

Sección 9.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro con usted? 163

SECCIÓN 10 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 164

Sección 10.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? 164

Sección 10.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?.....164
Sección 10.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados? 165
Sección 10.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare? 166

SECCIÓN 11 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos.....166

Sección 11.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura.....166
Sección 11.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura 167
Sección 11.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos....168

Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**.

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que le dan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*), se detallan los beneficios y los costos de los medicamentos durante las estadías cubiertas en el hospital o centro de atención de enfermería especializada, así como los beneficios y los costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* si se encuentra en un centro para enfermos terminales de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y los medicamentos de la Parte A, B y D que no están relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de centro para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 10.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?*). Para obtener más información sobre la cobertura de centros para enfermos terminales, consulte la sección sobre centros para enfermos terminales del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

Las siguientes secciones son sobre la cobertura de sus medicamentos en virtud de las normas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos recetados. Comuníquese con el plan para obtener más información sobre los medicamentos recetados cubiertos por Medicaid.

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura de los medicamentos de la Parte D del plan

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

- Debe tener un proveedor (un médico, odontólogo u otra persona autorizada) para dar recetas.
- La persona autorizada a dar recetas debe aceptar Medicare o presentar la documentación ante los CMS para demostrar que cumple con los requisitos para emitir recetas; de lo contrario, se rechazará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que llame o lo visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que lleva tiempo que la persona autorizada a dar recetas envíe la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red de servicios para obtener sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red de servicios o a través del servicio de pedido por correo del plan*).

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

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

Sección 2.1 Para que los medicamentos recetados estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web (**vnsnychoice.org/providers**) o llamar al Equipo de atención de CHOICE (en la parte posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red de servicios a otra y necesita un nuevo surtido de un medicamento que está tomando, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o puede pedir que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red de servicios.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red de servicios del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red de servicios. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestra página web en **www.vnsnychoice.org/providers**.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un establecimiento de cuidado a largo plazo (LTC). Por lo general, los establecimientos de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el Departamento del Equipo de atención de CHOICE.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red de servicios.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

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

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro para 90 días como máximo**.

Para recibir los formularios de pedidos e información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, revise la información incluida en el kit de bienvenida o llame al Equipo de atención de CHOICE 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 que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 10 días como máximo. Sin embargo, a veces puede haber demoras. Si existiera una demora en la recepción de sus medicamentos recetados mediante el servicio de pedido por correo, comuníquese con el Equipo de atención de CHOICE.

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

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser necesario, le dará la oportunidad de detener o postergar el pedido antes de que se le facture y envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta para evitar demoras en el envío.

Resurtido de recetas para pedido por correo. Para resurtidos, póngase en contacto con su farmacia con 10 días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

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

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada). Puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede acudir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red de servicios le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas pueden aceptar el costo compartido del pedido por correo para los suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras, tal vez, no acepten un costo compartido de pedido por correo para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Equipo de atención de CHOICE para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo están en nuestra Lista de medicamentos como "NM". El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro para 90 días como máximo. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento recetado puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados que obtenga en una farmacia fuera de la red:

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

En estos casos, **primero consulte con el Equipo de atención de CHOICE** para los miembros para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Equipo de atención de CHOICE). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red de servicios y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red de servicios.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento recetado (en lugar de pagar la parte del costo que habitualmente le corresponde) cuando lo obtenga. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan cuenta con una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)"*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la "Lista de medicamentos" para abreviarla.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos recetados.

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

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la condición para la cual ha sido recetado).
- *O bien,* respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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 al Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en nuestra Lista de medicamentos un medicamento en particular.

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

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

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (Nivel más bajo)
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5: Especialidad (Nivel más alto)

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

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Hay *dos* formas de averiguarlo:

1. Visite vnsnychoice.org/formulary. La Lista de medicamentos de la página web siempre es la más actualizada.
2. Llame al Equipo de atención de CHOICE para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Equipo de atención de CHOICE).

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

Sección 4.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D")

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo **"que paga de su bolsillo"**.
- Llevamos un registro de sus **"costos totales de medicamentos"**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") cuando haya obtenido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con un costo compartido inferior que

puedan estar disponibles. Debe consultar con la persona autorizada a dar recetas sobre estas opciones de costos inferiores. Esto 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.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará los aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamo de medicamentos recetados.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamo de medicamentos recetados que pueda haber disponible.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento recetado.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos que se están surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos recetados.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos recetados cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague el medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de

medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red de servicios a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red de servicios u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a cumplir con los requisitos para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia de medicamentos, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la *Explicación de beneficios de la Parte D ("EOB de la Parte D")*, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento del Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Constituyen un registro importante sobre sus gastos en medicamentos.

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

Sección 5.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los

medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual le ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y sea seguro y efectivo. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentar a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y los reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y los costos compartidos de los medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán realizar pasos adicionales para que cubramos el medicamento. 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. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la dosis, la cantidad o la forma farmacéutica del medicamento recetados por su proveedor de salud (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 5.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica

disponible. No obstante, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico *O* ha escrito "sin sustituciones" en la receta de un medicamento de determinada marca comercial *O* nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le servirían ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan su condición, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina "**autorización previa**". A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

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

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. 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 5.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o visite nuestra página web (**www.vnsnychoice.org/formulary**).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán realizar pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que quiere tomar, debe comunicarse con el Equipo de atención de CHOICE para obtener información sobre qué deberían hacer usted o su proveedor 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. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9).

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

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

Esperamos que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted.
No obstante, es posible que haya un medicamento recetado que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas 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 de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, le podrían pedir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree

que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los 5 niveles de costos compartidos diferentes. El monto que pague por su medicamento recetado depende en parte del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí se incluye lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar la solicitud para que se le cubra el 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 ciertas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para calificar para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan**.
- O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que sean nuevos o que estuvieron en el plan el año anterior:**

  Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted era nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año anterior**. Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 31 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 31 días del medicamento. El medicamento recetado debe obtenerse en una farmacia de la red de servicios. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y son residentes en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) 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 se agrega a la situación de suministro temporal ya mencionada.

- Si experimenta un cambio en su nivel de atención, como mudarse de un hospital a un entorno domiciliario y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si su capacidad de obtener el medicamento es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días como miembro de nuestro plan, cubriremos un suministro único temporal para 31 días como máximo cuando visita una farmacia de la red de servicios.

Durante este período, debe usar el proceso de excepciones del plan si desea que la cobertura de sus medicamentos continúe una vez que se acabe su suministro temporal.

Para pedir un suministro temporal, llame al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Equipo de atención de CHOICE y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Equipo de atención de CHOICE).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted 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 a la norma. 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 dice 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 6.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Equipo de atención de CHOICE y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Equipo de atención de CHOICE).

Puede solicitar una excepción

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

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

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 de medicamentos especializados no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto del costo compartido para medicamentos en este nivel.

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

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

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría implementar cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos que ahora están disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno da su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

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

Información sobre modificaciones en la cobertura para medicamentos

Cuando se producen modificaciones a la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestra página web sobre dichas modificaciones. Actualizaremos la Lista de medicamentos en línea con regularidad según lo programado a fin de incluir las modificaciones que se hubieran producido desde la última actualización. A continuación, indicamos las situaciones en las que usted recibiría un aviso directo si se realizan modificaciones a un medicamento que usted está tomando. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Modificaciones que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por las modificaciones en la cobertura durante el año en curso:

Aviso previo general de que el patrocinador del plan puede sustituir nuevos medicamentos genéricos inmediatamente: Con el objetivo de reemplazar de inmediato los medicamentos de marca por nuevos medicamentos genéricos equivalentes terapéuticamente (o cambiar el nivel o las restricciones, o ambos, aplicados a un medicamento de marca después de agregar un nuevo medicamento genérico), los patrocinadores del plan que, de otra manera, cumplen con los requisitos deben proporcionar el siguiente aviso previo general de cambios:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o modificamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca o ambos)**
    - Es posible que eliminemos de manera inmediata un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o uno menor, y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero lo trasladaremos inmediatamente a un nivel de costo compartido superior, agregaremos nuevas restricciones o ambos.
    - Es posible que no le indiquemos con anticipación antes de que realicemos ese cambio, aún si actualmente está tomando el medicamento de marca.
    - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*
    - Si toma el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realizamos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que son retirados del mercado**
    - De vez en cuando, un medicamento podría ser retirado del mercado repentinamente porque se descubre que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, le informaremos esta modificación de inmediato.
    - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otras modificaciones a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
    - Una vez iniciado el año, podríamos realizar otras modificaciones que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuestras restricciones al medicamento de marca, o ambos. También podríamos realizar modificaciones a partir de las advertencias de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos enviarle un aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o avisarle del cambio y entregarle un suministro para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
    - Después de que reciba el aviso del cambio, debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
    - O usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja* [*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Modificaciones a los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: En cuanto a las modificaciones a la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si usted está tomando el medicamento, los siguientes tipos de modificaciones no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si agregamos o quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios le sucede a un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otra modificación indicada en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. Usted no recibirá un aviso directo este año sobre las modificaciones que no lo afecten. No obstante, las modificaciones lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente y es importante que consulte la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para conocer las modificaciones a los medicamentos.

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

Sección 8.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

No pagaremos los medicamentos que se incluyen en esta sección. La única excepción es: Si se determina que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este folleto). Si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted.

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.
    - Generalmente, la cobertura para "uso para una indicación no autorizada" está permitida solo cuando el uso está respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su "uso para una indicación no autorizada".

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted por la cobertura para medicamentos de Medicaid. Comuníquese con el Equipo de atención de CHOICE para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos de su beneficio de Medicaid.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines cosméticos 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 exclusivamente al fabricante.

SECCIÓN 9 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento recetado

Sección 9.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red de servicios que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red de servicios automáticamente le facturará al plan el costo de su medicamento recetado cubierto.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro con usted?

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de resurtir su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. (Puede **solicitarnos que le demos un reembolso.** Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos.

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

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red de servicios. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con el Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un suministro máximo de 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. (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). Si ha estado inscrito en el plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o si el plan ha impuesto algún tipo de restricción con respecto a la cobertura del medicamento, cubriremos un *límite de suministro para 31 días* o menos si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer.

Sección 10.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos recetados de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos recetados que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos recetados para el año calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es **“acreditable”**, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados,

puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 10.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?

Todos los medicamentos están cubiertos por su plan. Si usted está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y requiere de un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por su centro para enfermos terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus condiciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona autorizada a dar recetas o por su centro para enfermos terminales de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su centro para enfermos terminales o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que le proporcione el medicamento recetado.

En caso de que usted revoque su elección de centro para enfermos terminales o que le den de alta del centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de centro para enfermos terminales de Medicare, debe presentar la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

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

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

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que están recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica.
- 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 indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades no seguras de analgésicos opioides.

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

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

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia de manera segura. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que el uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si nos comunicamos con sus médicos y decidimos que el uso de sus medicamentos opioides o benzodiacepinas no es seguro, es posible que limitemos la forma en que obtiene esos medicamentos. Los límites podrían ser los siguientes:

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

Si consideramos que se deben aplicar uno o más de estos límites a su caso, le enviaremos una carta de manera anticipada. La carta contendrá información que explica las limitaciones que consideramos que deberían aplicarse a su caso. Usted también tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y sobre cualquier otra información que considere que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirmará la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abusar de sus medicamentos recetados o con el límite, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si elige apelar, revisaremos su caso y le informaremos nuestra decisión. Si continuamos denegando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

El DMP podría no aplicarse a usted si padece determinadas afecciones médicas, como cáncer, recibe cuidados para enfermos terminales, cuidados paliativos o atención de los últimos días de vida, o vive en un centro de cuidado a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toma. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos pueden obtener los servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre

sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de su visita anual de "bienestar", para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve con usted su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con el Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

CAPÍTULO 6

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

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos..174

Sección 1.1 Si paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso.....174

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....177

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago 177

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 178

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos.....178

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación 178

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 179

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo.....179

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

Sección 1.1 Si paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

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

Si ya ha pagado un servicio o un artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina "reembolso"). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado por servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

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

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

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

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red de servicios o no. Cuando recibe servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red de servicios, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

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

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le demos un reembolso. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso. Llame al Equipo de atención de CHOICE para obtener más información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Equipo de atención de CHOICE).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos recetados

Si acude a una farmacia fuera de la red de servicios y trata de usar su tarjeta de miembro para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda

presentarnos el reclamo directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos recetados. (Solo cubrimos los medicamentos recetados presentados en farmacias fuera de la red de servicios en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

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

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

6. Cuando 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 cubiertos (Formulario)* 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.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben ser cubiertos. A esto se lo denomina tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que debe ser cubierto, le reembolsaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y los recibos para sus registros.

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

VNSNY CHOICE Claims
P.O. Box 4498
Scranton, PA 18505

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

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

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509098
San Diego, CA 92150-9108
Fax: 858-549-1569
Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

También puede llamar a nuestro plan para solicitar el pago. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada “Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió”.

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

Llame al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o bien, si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo del medicamento o la atención. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo

nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como "apelación". Después de que haya leído la Sección 5, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarle a cumplir con los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

A continuación se presenta un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos las copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- **Tenga en cuenta:** puesto que usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, este no pagará ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a cumplir más rápidamente con los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Puesto que no está solicitando un pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera como una decisión de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 183

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.) 183

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 185

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud 185

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 194

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 196

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 198

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 199

Sección 1.7 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos? 200

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 200

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 200

SECCIÓN 3 Nuestro plan ha sido aprobado por el Comité Nacional para el Control de la Calidad 203

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

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.)

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

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

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

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call your CHOICE Care Team (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. This document may be available in Spanish and Chinese. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call your CHOICE Care Team (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with your CHOICE Care Team at 1-866-783-1444 (TTY users call 711), 8 am to 8 pm, 7 days a week. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this *Evidence of Coverage* or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

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

如需我們以適合您的方式提供信息，請致電會員服務部（電話號碼印於本冊封底）。

我們的計劃配有專員及免費的翻譯服務，可回答殘障會員和不說英語的會員提出的問題。我們提供西班牙文和中文版書面資料。我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們必須以方便您查閱及適合您的形式爲您提供計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

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

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red de servicios del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 da una explicación más amplia). Llame al Equipo de atención de CHOICE para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No necesitamos que obtenga una referencia para acudir a proveedores de la red.

Como miembro del plan, 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 período razonable, en la Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto se le explica lo que puede hacer. (Si rechazamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, consulte la Sección 5 del Capítulo 9 para obtener información sobre qué puede hacer).

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

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo 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.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
    - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (TAMBIÉN LLAMADO "AVISO") DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

¿Quiénes deben respetar lo descrito en este Aviso?

Las entidades que se enumeran a continuación (Miembros) deben respetar los términos de este Aviso y solo usarán o divulgarán su información de salud según se describe en este Aviso. Formamos parte de un acuerdo organizado de atención médica (OHCA) y, a los efectos de nuestras prácticas de privacidad, somos considerados una sola entidad, el acuerdo organizado de atención médica de VNSNY (VNSNY OHCA). Los Miembros de VNSNY OHCA son los siguientes:

	Visiting Nurse Service of New York Home Care II que opera como Visiting Nurse Service of New York Home Care
	New Partners, Inc. que opera como Partners in Care
	VNS CHOICE que opera como VNSNY CHOICE
	Visiting Nurse Service of New York Hospice Care que opera como VNSNY Hospice and Palliative Care
	Medical Care at Home, P.C. que opera como ESPRIT Medical Care
	VNSNY Care Management IPA, Inc. que opera como VNSNY Care360° Solutions

El VNSNY OHCA se formó con el propósito principal de mejorar la calidad de la atención que se le proporciona. La membresía en el OHCA les permite a los Miembros compartir información médica entre ellos para gestionar actividades operativas conjuntas. Todos los Miembros deben respetar las prácticas de privacidad de este Aviso, incluidos los miembros de su personal y los socios comerciales. Este Aviso no altera el estado independiente de ningún Miembro ni responsabiliza conjuntamente a ninguno de ellos por la negligencia, los errores o las infracciones de alguno de los demás.

Con el fin de proporcionarle atención o pagar por sus servicios, los Miembros deben recopilar, crear y mantener información de salud sobre usted, que incluye cualquier información de identificación personal que obtengamos de usted o de otras personas, que se relacione con su salud mental o física pasada, presente o futura, la atención médica que recibió o el pago de su atención médica. Cada Miembro tiene la obligación legal de mantener la privacidad de esta información. Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo los miembros usan y divulgan su información de salud, y explica determinados derechos que usted tiene con respecto a esta información. Cada Miembro tiene la obligación, según lo exige la ley, de proporcionarle un Aviso, y cumpliremos con los términos detallados.

Cómo VNSNY OHCA usa y divulga su información de salud

Los Miembros protegen su información de salud del uso y la divulgación inadecuados. Los Miembros utilizarán y divulgarán su información de salud únicamente para los fines que se indican a continuación:

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

2. Usos y divulgaciones sin su consentimiento o autorización. Los Miembros pueden utilizar o divulgar su información de salud sin su autorización específica por escrito para los siguientes fines:

   a. Según lo exija la ley. Podemos usar y divulgar su información de salud según lo exijan las leyes estatales, federales y locales.

   b. Actividades de salud pública. Podemos divulgar su información médica a las autoridades públicas u otras agencias y organizaciones que realizan actividades de salud pública, como prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades, notificación de nacimientos, muertes, abuso o abandono infantil, violencia doméstica, posibles problemas con productos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos o enfermedades contagiosas.

   c. Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica. Podemos divulgar su información de salud a una agencia gubernamental apropiada si creemos que usted es víctima de abuso, abandono, violencia doméstica y usted está de acuerdo con la divulgación o la ley la exige o permite. Le comunicaremos si divulgamos su información de salud por este motivo, a menos que creamos que avisarles a usted o a su cuidador implicaría poner a usted o a otra persona en riesgo de sufrir un daño grave.

   d. Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar su información de salud a agencias de supervisión de la salud federales o estatales para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y encuestas de autorización.

   e. Procedimientos administrativos y judiciales. Podemos divulgar su información de salud en el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en respuesta a una orden adecuada de un organismo administrativo o un tribunal.

   f. A los fines del cumplimiento de la ley. Es posible que divulguemos su información de salud a una agencia encargada del cumplimiento de la ley para responder a un decreto judicial, una orden judicial, una citación o un proceso similar, ayudar a identificar o ubicar a una persona sospechosa o perdida, brindar información sobre una víctima de un delito, una muerte que puede ser el resultado de una actividad delictiva o una conducta delictiva en nuestras instalaciones, o en situaciones de emergencia, para denunciar un delito, el lugar del delito o las víctimas, o la identidad, ubicación o descripción de la persona que lo cometió.

   g. Personas fallecidas. Podemos divulgar su información de salud a un perito forense, un médico forense o un director de funeraria según sea necesario y esté autorizado por la ley.

h. Donaciones de órganos o tejidos. Podemos divulgar su información de salud a organizaciones de obtención de órganos y entidades similares con el fin de prestarles asistencia en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos o tejidos.

i. Investigación. Podemos utilizar o divulgar su información de salud con fines de investigación, como estudios que comparen los beneficios de tratamientos alternativos recibidos por nuestros pacientes o investigaciones sobre cómo mejorar la prestación de nuestra atención. Utilizaremos o divulgaremos su información médica solo con fines de investigación con la aprobación de nuestra Junta de Revisión Institucional, que debe cumplir con un proceso de aprobación especial. Antes de permitir el uso o la divulgación de su información de salud para fines de investigación, nuestra Junta de Revisión Institucional sopesará las necesidades de los investigadores y el posible valor de su investigación con la protección de su privacidad. Cuando se lo requiera, obtendremos su autorización por escrito antes de usar su información de salud para investigación.

j. Salud o seguridad. Podemos usar o divulgar su información de salud para prevenir o disminuir una amenaza a su salud o seguridad o a la del público en general. También podemos divulgar su información de salud a organizaciones públicas o privadas de ayuda en caso de desastres, como la Cruz Roja u otras organizaciones que participen en las medidas de lucha contra el terrorismo biológico.

k. Actividades gubernamentales especializadas. Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionar asistencia para determinados tipos de actividades gubernamentales. Si usted es miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o de un país extranjero, podemos divulgar su información de salud a las autoridades militares apropiadas según se considere necesario. También podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales para actividades legales de inteligencia o de seguridad nacional.

l. Indemnización por accidentes laborales. Podemos usar o divulgar su información de salud según lo permitido por las leyes que rigen el programa de indemnización por accidentes laborales o programas similares que brindan beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

m. Personas implicadas en su atención. Podemos divulgar su información de salud a un familiar, otro pariente o amigo personal cercano que lo ayude a recibir los servicios de atención médica. Si está disponible, le daremos la oportunidad de objetar estas divulgaciones, y no las realizaremos si lo hace. Si no está disponible, determinaremos si una divulgación a su familia o amigos es lo mejor para usted, teniendo en cuenta las circunstancias y en función de nuestro criterio profesional.

n. Citas, información y servicios. Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre las alternativas al tratamiento u otros servicios relacionados con la salud que le pueden interesar.

o. Recaudación de fondos. Como organización de atención médica sin fines de lucro, nuestra casa matriz, Visiting Nurse Service of New York (VNSNY), puede identificarlo como paciente para fines de recaudación de fondos y comercialización. Usted tiene derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones de recaudación de fondos comunicándose con nosotros a la dirección de correo electrónico o al número de teléfono que proporcionamos en la comunicación de recaudación de fondos, o completando y enviando por correo una tarjeta postal prepaga y preimpresa incluida en dicha comunicación.

p. Usos y divulgaciones secundarios. Algunas veces se producen divulgaciones y usos secundarios de su información de salud, que no se consideran una violación de sus derechos. Las divulgaciones y los usos secundarios son consecuencias de usos y divulgaciones permitidos de otra forma que están limitados en naturaleza y no se pueden evitar razonablemente.

q. Acuerdo de atención médica organizada. Participamos en un OHCA, como se describe al principio de este Aviso, y podemos compartir información de salud protegida entre nuestros Miembros para realizar actividades de atención médica, a menos que otra ley o regulación lo limite. Por ejemplo, su información médica puede compartirse en todo el OHCA para evaluar la calidad, la eficacia y el costo de la atención.

3. Tratamiento especial de determinados registros. La información relacionada con el VIH, la información genética, los registros sobre abuso de sustancias y alcohol, los registros de salud mental y otra información de salud especialmente protegida pueden contar con determinadas protecciones de confidencialidad especiales conforme a la ley estatal y federal aplicable. Cualquier divulgación de estos tipos de registros estará sujeta a estas protecciones especiales. Específicamente, si se aplica a usted, los registros de pacientes con trastornos por abuso de sustancias protegidos de conformidad con la Parte 2 del Título 42 de los C.F.R., y no se compartirá entre los miembros, a menos que dicha divulgación esté permitida por la Parte 2.

4. Cómo obtener su autorización para otros usos y divulgaciones. Ciertos usos y divulgaciones de su información de salud se harán solo con su autorización por escrito, incluidos los siguientes: (a) notas de psicoterapia (si corresponde); (b) para fines de marketing, y (c) que constituyan una venta de la información de salud conforme a la Norma de privacidad. Los Miembros no usarán ni divulgarán su información de salud por ningún motivo no especificado en este Aviso de prácticas de privacidad, a menos que obtengamos su autorización

expresa por escrito o la autorización de su representante legal designado para hacerlo. Si nos da su autorización, podrá revocarla en cualquier momento, en cuyo caso ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud para el fin que lo autorizó, excepto en la medida que nos hayamos basado en su autorización para proporcionarle atención.

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

Sus derechos con respecto a su información de salud

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

1. Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar o solicitar una copia de la información de salud que conservamos. Su solicitud debe describir la información que quiere revisar y el formato en el que desea revisarla. Podemos negarnos a permitirle inspeccionar u obtener copias de esta información en determinados casos limitados. Podemos cobrarle un cargo razonable en función del costo. También podemos denegar una solicitud de acceso a la información de salud en determinadas circunstancias ante la posibilidad de que se produzcan daños contra usted o terceros. Si denegamos una solicitud de acceso por este motivo, tenemos derecho a que revisen el rechazo de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable.

2. Derecho a solicitar enmiendas. Usted tiene derecho a solicitar cambios en cualquier información de salud que conservamos sobre usted si establece el motivo por el que esta información es incorrecta o está incompleta. Es posible que los Miembros no estén de acuerdo en realizar los cambios que solicita. Si no estamos de acuerdo con los cambios que solicitó, le notificaremos por escrito y le informaremos cómo hacer que su objeción se incluya en nuestros registros.

3. Derecho a un registro de divulgaciones. Tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones de su información de salud que cada Miembro realizó. La lista no incluirá las divulgaciones realizadas para determinados fines, como, entre otros, actividades de tratamiento, pago o atención médica, o las divulgaciones que usted autorizó por escrito. Su solicitud debe especificar el período cubierto que incluye, que no puede exceder los seis años. La primera vez que solicite una lista de las divulgaciones en cualquier período de 12 meses, se proporcionará sin costo alguno. Si solicita listas adicionales en un período de 12 meses, es posible que le cobremos un cargo nominal.

4. Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar restricciones sobre las formas en las que usamos y divulgamos su información de la salud para actividades de tratamiento, pago y atención médica, o cómo divulgamos esta información a organizaciones de ayuda en caso de desastres o personas involucradas en su atención. Es posible que un Miembro no esté de acuerdo con las restricciones que solicita. Sin embargo, debemos cumplir con su solicitud si se relaciona con una divulgación para su plan de salud con respecto a servicios o artículos de atención médica por los que ha pagado la factura completa.

5. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitarnos que le enviemos información de salud de manera diferente o a un lugar diferente. En su solicitud de una forma alternativa de comunicación también se debe especificar dónde y cómo debemos comunicarnos con usted.

6. Derecho a recibir una notificación de violación. Usted tiene derecho a recibir una notificación, en el caso de que exista una violación de su información de salud no asegurada, que requiere notificación conforme a la Norma de privacidad.

7. Derecho a obtener una copia impresa del Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Puede obtener una copia impresa de este Aviso si lo solicita por escrito al funcionario de privacidad de VNSNY. También puede imprimir una copia de este aviso visitando la página web en www.vnsny.org.

Para realizar una solicitud según lo descrito en cualquiera de los puntos anteriores, envíela a la siguiente dirección: **VNSNY Privacy Official, 220 East 42nd Street, New York, New York 10017. Teléfono: 212- 609-7470.**

Quejas. Si cree que se infringieron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante VNSNY Privacy Official, 220 East 42nd Street, New York, New York 10017. También puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No recibirá sanciones ni represalias de parte de VNSNY por presentar una queja.

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

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

Como miembro de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red de servicios y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red de servicios.
    - Para obtener una lista de los proveedores de la red de servicios del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias.*
    - Para obtener una lista de las farmacias de la red de servicios del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias.*
    - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o visitar nuestra página web en **www.vnsnychoice.org/providers**.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.

- Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 6 de este folleto, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se describe qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos.
- Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red de servicios.
  - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
  - Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o de un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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

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

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no**". Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

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

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan **"directivas anticipadas"**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **"testamento vital"** y **"poder de representación para las decisiones de atención médica"** son ejemplos de directivas anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar directivas anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede contactar al Equipo de atención de CHOICE para pedir los formularios (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- **Llenarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

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

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

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de directivas anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado directivas anticipadas y considera que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York.

Su información de contacto es la siguiente:

New York State Department of Health
Office of the Commissioner
Empire State Plaza Corning Tower
Albany, NY 11237

Número de teléfono: 1-800-541-2831

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

En el Capítulo 9 de este folleto, se indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

Si 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.

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar al Equipo de atención de CHOICE** (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede llamar al **Departamento de Salud del Estado de Nueva York** al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- O bien, puede llamar a la **Oficina para las personas de la tercera edad (Programa del defensor de los derechos del paciente) del estado de Nueva York** al 1-800-342-9871. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 1.7 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

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

- Puede **llamar al Equipo de atención de CHOICE** (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
    - Puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: *www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf*.)
    - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos**. En este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - En los Capítulos 3 y 4, se proporcionan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y lo que paga.

  - En los Capítulos 5 y 6, se proporcionan más detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.

- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura para medicamentos recetados, debe comunicárnoslo.** Llame al Equipo de atención de CHOICE para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
  - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina **"coordinación de beneficios"** porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden, dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.

- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Para poder ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP),* Medicaid paga sus primas de la Parte A (si no califica automáticamente) y sus primas de la Parte B. Si Medicaid no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
    - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
        - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
    - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D porque sus ingresos son más elevados (como se informa en su última declaración de impuestos), debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
    - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
    - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
    - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame al Equipo de atención de CHOICE para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
    - En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono y los horarios de atención de su Equipo de atención de CHOICE.
    - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

SECCIÓN 3 Nuestro plan ha sido aprobado por el Comité Nacional para el Control de la Calidad

VNSNY CHOICE Total ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para operar como Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) hasta 2022, sobre la base de una revisión del Modelo de atención de *VNSNY CHOICE Total*.

CAPÍTULO 9

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

Capítulo 9. Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción 208
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 208
Sección 1.2 Acerca de los términos legales 208

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 209
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 209

SECCIÓN 3 Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan 210

SECCIÓN 4 Problemas con sus beneficios 211
Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar una queja? 211

SECCIÓN 5 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 212
Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general 212
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 213
Sección 5.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación? 215

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 215
Sección 6.1 En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos su atención 216
Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 218

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 222
Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 227
Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica? 230

SECCIÓN 7 Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 232

Sección 7.1 En esta sección, se 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 232
Sección 7.2 ¿Qué es una excepción? 234
Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 236
Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 237
Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 242
Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 246

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 249

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 249
Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 251
Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 255
Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 256

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.....260

Sección 9.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada, cuidados para enfermos terminales y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) 260

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura.....261

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo.....262

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo.....265

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 267

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....270

Sección 10.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de servicios médicos 270

Sección 10.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de medicamentos de la Parte D.....271

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 272

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 272

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.....275

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja.....275

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad.....277

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 277

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentación de quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare y Medicaid. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar, en este capítulo se explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en general en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación integrada de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).** Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar la página web de Medicare (**https://www.medicare.gov**).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Medicaid, llame al Departamento de Salud del estado de Nueva York.

Departamento de Salud del estado de Nueva York: información de contacto
Por teléfono: 1-800-541-2831
TTY: 711 (este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla).

Dirección:
New York State Department of Health
Office of the Commissioner
Empire State Plaza Corning Tower
Albany, NY 11237

Página web: **www.health.ny.gov**.

También puede comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad de Livanta al 1-866-815-5440. El número TTY es 1-866-868-2289.

Dirección:

Livanta
BFCC-QIO Program
10820 Guilford Road, Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701

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

Usted tiene Medicare y obtiene asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de Medicare y Medicaid. Para la mayoría de sus beneficios, usted utilizará un proceso para los beneficios de Medicare y para sus beneficios de Medicaid. Esto a veces se llama “proceso integrado” porque integra los procesos de Medicare y Medicaid.

SECCIÓN 4 Problemas con sus beneficios

Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar una queja?

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

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare o Medicaid**, utilice esta tabla:

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

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

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, "Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones"**.

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 11**, al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

SECCIÓN 5 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

El proceso para la solicitud de decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Petición de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar.
Por ejemplo, su médico de la red de servicios del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red de servicios lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. 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 decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando el motivo y cómo solicitar una revisión del rechazo.

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare o Medicaid 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 y no se siente satisfecho con ella, usted puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es leída por personas diferentes de las que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión rápida de cobertura" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.
En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. 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 decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando el motivo y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2.
A la apelación de Nivel 2, la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos. En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar al Equipo de atención de CHOICE** (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).

- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar una solicitud por usted.**
    - 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 otra persona autorizada para recetar piden continuar el suministro de un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba designar a su médico u otra persona autorizada para recetar como su representante.
        - Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
    - Para los medicamentos recetados 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 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
    - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor de atención médica, u otra persona sea su representante, llame al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) y solicite el formulario "Designación de un representante". (El formulario también está disponible en la página web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página web en www.vnsny.org. El formulario le otorga a esa persona la autorización 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.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted cumple con los requisitos. Sin embargo,

no es obligatorio que contrate a un abogado para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada uno en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 9** de este capítulo: "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada, cuidados para enfermos terminales y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

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

¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Guía para los "fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos su atención

En esta sección, se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto).* Para simplificar, en general, hablaremos de "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez "atención, tratamiento o servicios médicos". El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos y también medicamentos recetados de la parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de la Parte B de las normas para los servicios y artículos médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico y usted cree que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.
    - NOTA: **Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada, cuidados para enfermos terminales o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**, debe leer otra sección

dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

- Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
- Sección 9 del Capítulo 9: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo la atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).

- Para *todas las demás situaciones* en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 6) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si:	Puede realizar lo siguiente:
¿Desea saber si vamos a cubrir la atención médica o los servicios que usted quiere?	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 6.2**.
¿Le ha comunicado el plan que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 6.3** de este capítulo.
¿Le hemos dicho que dejará de recibir o se reducirá un servicio médico que ya recibe?	Puede conservar esos servicios o artículos durante su apelación. Vaya a la **Sección 6.3** de este capítulo.
¿Desea pedirle a nuestro plan que le reembolse servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

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

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una "decisión rápida de cobertura".

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se denomina una **"determinación integrada acelerada".**

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- 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.
- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada "*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica".*

Por lo general, usamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **de un servicio o artículo médico.** Si solicita un **medicamento recetados de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- Para un **pedido de artículo o servicio médico**, 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 tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar la decisión.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura".

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es por un servicio o artículo médico. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
  - **Para un pedido de servicio o artículo médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como historias clínicas de proveedores fuera de la red de servicios) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar la decisión.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura de atención médica *que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya haya recibido).
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándar pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico le dice que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta se le dirá que, si su médico le pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión "rápida" de cobertura

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura por un pedido de artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta en el **plazo de 72 horas.** Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un **plazo de 24 horas.**

- Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar la decisión.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos 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 de este capítulo).
- Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o en 24 horas si pide un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 más adelante, se explica cómo presentar una apelación.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos para una decisión "estándar" de cobertura

- Normalmente, para una decisión estándar de cobertura por un pedido de artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta en el **plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud.** Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
  - Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") bajo ciertas circunstancias para un pedido de artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar la decisión.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos 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 de este capítulo).

- Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o en 72 horas si pide un medicamento recetado de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 más adelante, se explica cómo presentar una 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.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **"reconsideración integrada"** del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida"**.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier propósito relacionado con su apelación consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
    - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de Designación de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Si su médico u otra persona autorizada para recetar pide continuar el suministro de un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba autorizar a su médico u otra persona autorizada para recetar como su representante. (Para obtener el formulario, póngase en contacto con el Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) y solicite el formulario de "Designación de un representante". También está disponible en la página web de Medicare en **www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestra página web en **www.vnsnychoice.org.**) Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar con nuestra revisión o terminarla si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán su derecho a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud 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. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido con el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración integrada acelerada".**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y los procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

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, artículo o medicamento 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, artículo o medicamento 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, artículo o medicamento sin ningún cambio hasta que se resuelva su apelación. También seguirá recibiendo todos los demás servicios, artículo o medicamentos (que no forman parte de su apelación) sin cambios.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

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

Plazos para una apelación "rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar la decisión.
  - Si 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 independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, tenemos que darle nuestra respuesta a un pedido de artículo o servicio médico en un **plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación si es sobre cobertura para un medicamento recetado de la Parte B que aún no ha recibido. Le daremos la respuesta antes si su condición de salud así lo exige.
    - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar la decisión.
    - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos 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 de este capítulo).
    - Si no le damos una respuesta para la fecha aplicable indicada (o al final de la extensión de tiempo, en caso de que tomemos días adicionales para decidir sobre su pedido de artículo o servicio médico), estamos obligados a remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización externa independiente. Entonces, una organización externa independiente se ocupará de revisarla. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si solicitó un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, después de recibida su apelación.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una Organización de revisión independiente denominada "Oficina de Audiencias Administrativas".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias Administrativas** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Paso 1: La Oficina de Audiencias Administrativas revisa su apelación.

- **La Oficina de Audiencias Administrativas es una agencia independiente del estado de Nueva York.** No tiene ninguna relación con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Le enviaremos una copia gratuita de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional para sustentar su apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias Administrativas analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias Administrativas se pondrá en contacto con usted para programar una audiencia.

Si se le concedió una apelación "rápida" en el Nivel 1, es posible que se le conceda automáticamente una apelación "rápida" en el Nivel 2.

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación rápida, es posible que reciba automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación. En algunos casos, si en el Nivel 1 tuvo una apelación rápida, no recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. Recibirá una apelación rápida si la vía de plazos estándar pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- Si solicita un servicio o artículo médico y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la Oficina de Audiencias Administrativas no puede tomarse un tiempo adicional para tomar la decisión.

Si se le concedió una apelación "estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación estándar para nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
  - Si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de **aproximadamente 60 días calendario** de haber recibido su apelación.
  - Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si solicita un servicio o artículo médico y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la Oficina de Audiencias Administrativas no puede tomarse un tiempo adicional para tomar la decisión.

Si reunió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento que está apelando también continuarán durante el Nivel 2. Consulte la página 213 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

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

La Oficina de Audiencias Administrativas le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- **Si la Oficina de Audiencias Administrativas acepta todo o parte de una solicitud de servicio o artículo médico,** debemos realizar lo siguiente:
  - autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas**.
  - brindar el servicio **dentro de los 14 días calendario** después de recibir la decisión de la Oficina de Audiencias para **solicitudes estándar**.
  - brindar el servicio **dentro de las 72 horas** después de la fecha en que el plan reciba la decisión de la Oficina de Audiencias para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la Oficina de Audiencias Administrativas acepta todo o parte de una solicitud de medicamento recetado de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o brindar el medicamento recetado de la Parte B en cuestión:
  - **Dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la Oficina de Audiencias, para **solicitudes estándar.**
  - **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la Oficina de Audiencias para **solicitudes aceleradas.**
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
  - Si la Oficina de Audiencias Administrativas "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Elija si desea continuar con su apelación.

- Hay otros dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cuatro niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare se ocupa de las apelaciones de Nivel 3. En la Sección 10 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3 y 4 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

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

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto).* También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a *negar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Oficina de Audiencias Administrativas revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario.
- Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Guía para los "fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 7.1 En esta sección, se 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 como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, 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 ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para los medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **"determinación de cobertura"**.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como las siguientes:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*.
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
  - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto a un nivel de costo compartido más alto
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta:* si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, usted obtendrá un aviso por escrito en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento recetado que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 7.2** de este capítulo.
¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la **Sección 7.4** de este capítulo.
¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado?	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 7.4** de este capítulo.
¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 7.5** de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

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. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una 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. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** (Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos", para abreviarla).

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **"excepción al formulario"**.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones **"excepción al formulario"**.

   - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
     - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
     - *Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse "autorización previa").
     - *Que se exija probar primero con otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse "tratamiento escalonado").
     - *Límites de cantidades.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitarnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel"**.

- Si nuestra lista de medicamentos incluye medicamentos alternativos para tratar su afección médica en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría la parte que debe pagar del costo del medicamento.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5, medicamentos especializados.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un costo compartido inferior con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general deberá pagar el monto más bajo.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la

decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos no funcionen para usted.

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 de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 7.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre el (los) medicamento(s) que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión rápida de cobertura"**. **No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a

través de nuestra página web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D.* O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección titulada *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.*

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 5 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo denominamos "declaración de respaldo"). 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. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **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.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

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

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar" a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que tendremos una respuesta en un plazo 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándar pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta se le dirá que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.

- En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le indica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una decisión "rápida" de cobertura

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. 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 externa independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.

- Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. 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 independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama una **"redeterminación"** del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida"**.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con nosotros.**
  - Para obtener más detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo o a través de nuestra página web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, *(Cómo puede ponerse en contacto con el plan para presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D).*

- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** *(Cómo puede ponerse en contacto con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D)*.
- **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.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
  - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida"

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"redeterminación acelerada"**.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".

- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura" que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

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

Plazos para una apelación "rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - 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. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **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"

- Si usamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de **7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que aún no recibió. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación "rápida".
  - 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. Más adelante en esta sección, se describe

esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su solicitud de 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.
- Si usted solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de **14 días calendario** después de recibida su solicitud.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se la denomina **"IRE"**.

<u>Paso 1:</u> Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto 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.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para sustentar su apelación.

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para la apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.

Plazos para la apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo **de 7 días calendario** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.

- Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.

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

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si 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. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto).*

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **"fecha del alta"**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

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

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *"An Important Message from Medicare about Your Rights"* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.**
   En el aviso se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos los siguientes:
   - 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, y saber quién pagará por ella.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata"**. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación, le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 5 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso ***no*** **significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso firmado para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
    - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
    - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en http://www.cms.gov/Medicare/Medicare General Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

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

Si desea pedir que los servicios para pacientes hospitalizados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

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.

<u>Paso 1:</u> Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una "revisión rápida" también se denomina una "revisión inmediata".

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

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 allá de la fecha prevista del alta**. (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
    - Si usted cumple con este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital *después de la fecha del alta sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Pida una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización para la Mejora de la Calidad que efectúe una **"revisión rápida"** del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una **"revisión rápida"** también se denomina **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada"**.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- 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 le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará 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.

Términos legales
La explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado del alta"**. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en http://www.cms.gov/Medicare/Medicare General Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión acepta la apelación, **debemos seguir brindándole servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **la cobertura del plan para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su 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 rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir 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 permaneció 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: En un plazo de 14 días calendario después de recibir la solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización

para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. A la apelación de Nivel 3 la revisa un juez administrativo o un abogado mediador.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación del alta hospitalaria. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista de alta). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada"**.

<u>Paso 1:</u> Contáctenos y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

<u>Paso 2:</u> Hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

<u>Paso 3:</u> Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa

que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviarle su apelación a la "Oficina de Audiencias Administrativas".** Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **organización de revisión independiente** llamada "Oficina de Audiencias Administrativas" (OAH) revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Oficina de Audiencias Administrativas.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Oficina de Audiencias Administrativas dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> La Oficina de Audiencias Administrativas hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Oficina de Audiencias Administrativas es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no tiene ninguna relación con nuestro plan. Esta organización es una compañía que eligen Medicare y Medicaid para desempeñar la función de organización de revisión independiente. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias Administrativas analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación de alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja el Consejo de Apelaciones de Medicare.

<u>Paso 3:</u> Si la Oficina de Audiencias Administrativas rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cuatro niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3 y 4 del proceso de apelaciones.

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

Sección 9.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada, cuidados para enfermos terminales y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como "centro de atención de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*). Cuidados para enfermos terminales que está recibiendo como paciente en un centro para enfermos terminales. (Para obtener información sobre los "centros para enfermos terminales", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

- **Cuidados para enfermos terminales** que está recibiendo como paciente de un centro para enfermos terminales. (Para obtener información sobre los "centros para enfermos terminales", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más

información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto).*

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.
   - En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
Como le indica qué puede hacer, el aviso por escrito le explica 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. (En la Sección 9.3 a continuación, se informa cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).

Términos legales
El aviso por escrito se denomina **"Aviso de la no cobertura de Medicare"**. Para obtener una copia de muestra, puede llamar al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html**.

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
    - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 5 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
    - La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Equipo de atención de CHOICE (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una "apelación acelerada" (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.*

- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión 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 informarán sobre su apelación y usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso por escrito se denomina **"Explicación detallada de no cobertura"**.

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). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado**. Dejaremos de pagar la parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada, de los cuidados para enfermos terminales o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención**.

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

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. 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 otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada, de los cuidados para enfermos terminales o de los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

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

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. A la apelación de Nivel 3 la revisa un juez administrativo o un abogado mediador.

- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada"**.

<u>Paso 1:</u> Contáctenos y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

<u>Paso 2:</u> Hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos rápidos en lugar de los estándar para darle una respuesta a esta revisión.

<u>Paso 3:</u> Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada, cuidados para enfermos terminales o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención**.

<u>Paso 4:</u> Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente"**. Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias Administrativas** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Oficina de Audiencias Administrativas.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Oficina de Audiencias Administrativas dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Oficina de Audiencias Administrativas hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Oficina de Audiencias Administrativas es una organización independiente que contrata Medicare o Medicaid.** Esta organización no tiene ninguna relación con nuestro plan. Esta organización es una compañía elegida por Medicare y Medicaid para ser la organización de revisión independiente. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias Administrativas analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan con respecto a la primera apelación y no la modificará.
    - En el aviso que recibirá de la Oficina de Audiencias Administrativas, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Oficina de Audiencias Administrativas rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros dos niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, por un total de cuatro niveles de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. Un juez administrativo o un abogado mediador del Consejo de Apelaciones de Medicare revisan la apelación de Nivel 3.
- En la Sección 10 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3 y 4 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas. En la carta que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH), se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, póngase en contacto con la (Red de Defensa del Consumidor Independiente (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN). El número de teléfono es 1-844-614-8800.

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

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

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez (denominado juez administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o abogado mediador dentro de las **72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Nivel 4 de apelaciones	El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo de Apelaciones **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso por escrito que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada para usted*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

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

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar 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 que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

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	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser 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 la manera en que lo han tratado en el Equipo de atención de CHOICE? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de atención médica? ¿O por el Equipo de atención de CHOICE u otro personal de nuestro plan? o Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado 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 las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"

Términos legales

- En esta sección, una **"queja"** también se denomina **"reclamo"**.
- Otro término para **"presentar una queja"** es **"interponer un reclamo"**.
- Otra forma de decir **"usar el proceso para quejas"** es **"usar el proceso para interponer un reclamo"**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja

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

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Equipo de atención de CHOICE.** Si hay algo que necesite hacer, el Equipo de atención de CHOICE se lo indicará. Llame al 1-866-783-1444, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.**
- ***VNSNY CHOICE* investiga todas las quejas para comprender y corregir los problemas que usted identifica.**
    - Debemos informarle de nuestra decisión sobre su reclamo con la rapidez que requiera su estado de salud, pero sin que transcurran más de 30 días desde la recepción de su queja.
    - Podemos ampliar el plazo hasta 14 días si usted solicita una ampliación o si se justifica la necesidad de información adicional y el retraso le conviene. En caso de que debamos ampliar el plazo, se lo notificaremos por escrito.

- Si rechazamos la totalidad o parte de su reclamo, en nuestra decisión por escrito se le explicarán los motivos del rechazo y se le informarán todas las opciones que tiene para impugnar resoluciones.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con el Equipo de atención de CHOICE inmediatamente.** La queja se puede presentar en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
- **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**.

Términos legales
En esta sección, una **"queja rápida"** también se denomina **"reclamo acelerado"**.

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. Si su condición médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted 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.
- **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.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

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

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
    - 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.
    - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambos sitios al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 280

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan 280

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 280

Sección 2.1 Podría cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid 280

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual 282

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 283

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 283

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 285

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 286

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan 286

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 288

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 288

SECCIÓN 5 *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones 288

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 288

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud 290

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 290

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la finalización de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
    - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 indica cuándo usted puede cancelar su membresía en el plan. La Sección 2 le brinda información sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
    - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Podría cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su

membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante alguno de estos períodos, deberá esperar hasta el próximo período para cancelar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No puede utilizar este Período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. No obstante, todas las personas que tengan Medicare pueden hacer cambios entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, durante el Período de inscripción anual. Le Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
    - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
        - Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

    Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura "acreditable" para medicamentos recetados durante 63 días corridos 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. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare).

    Para obtener más información sobre las opciones del plan de Medicaid, póngase en contacto con la Oficina de Medicaid de su Estado (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el Período de inscripción anual (también conocido como el "Período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura médica y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
  - *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados 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 recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

    Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados por 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 4 del Capítulo 1.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará 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

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **¿Cuál es el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar la membresía en el plan en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial.**

- **¿Quién cumple con los requisitos para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, podría ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista

completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (**www.medicare.gov**):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de cuidado a largo plazo (LTC).
- **Nota:** Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: En la Sección 2.1, se brinda más información sobre el período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid.

- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
  - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetado 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 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 para medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados por un período continuo de más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

(Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 4 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid y sobre la Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Equipo de atención de CHOICE** (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede encontrar la información en el **manual** ***Medicare & You 2021*** (Medicare y usted 2021).
  - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez.
  - También puede descargar una copia de la página web de Medicare (**www.medicare.gov**). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.

- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Generalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare. No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
• Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare. o 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. o Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados por 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

Para las preguntas sobre sus beneficios de New York State Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud del estado de Nueva York al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pregunte si inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afectará la forma en que recibe su cobertura de New York State.

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

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP),* es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red de servicios para resurtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red de servicios, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará generalmente 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 *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

***VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)* 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 de *VNSNY CHOICE Total*.
- Si 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, deberá llamar al Equipo de atención de CHOICE para averiguar si el lugar a donde se muda o al

que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Equipo de atención de CHOICE).

- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos no es legal.
- Si debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan.

- Si no recibe al menos uno de los siguientes servicios: servicios de enfermería a domicilio, terapias en el hogar, servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio, servicios de atención personal en el hogar, atención médica diurna para adultos mayores, servicios privados de enfermería y Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS).
- Si requiere atención en residencias de ancianos, pero no es institucionalmente elegible para Medicaid.
- Si deja de ser elegible para el nivel de atención en una residencia de ancianos. Determinaremos su elegibilidad para la residencia de ancianos cada 6 meses a través de una evaluación realizada por una enfermera matriculada en su hogar.

VNSNY CHOICE puede cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si usted/su familia/otro cuidador informal 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 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 miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos recetados.
- 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 deliberadamente no completa ni envía el consentimiento o la divulgación necesarios para la información de salud.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar al **Equipo de atención de CHOICE** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud

VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su 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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 293

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 293

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 295

SECCIÓN 4 Compromiso con el cumplimiento..... 295

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento 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. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato imparcial. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Equipo de atención de CHOICE (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Equipo de atención de CHOICE puede ayudarlo.

Los planes de salud de *VNSNY CHOICE* cumplen con las leyes federales de derechos civiles. *VNSNY CHOICE* no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente por motivo de su raza, religión, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión de género.

VNSNY CHOICE ofrece lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma materno no sea el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita hacer uso de estos servicios, llámenos al 1-866-783-1444.
Para obtener los servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si cree que *VNSNY CHOICE* se ha negado a brindarle estos servicios o lo ha tratado de manera diferente por motivos de raza, religión, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión de género, puede presentar un reclamo ante *VNSNY CHOICE* de las siguientes maneras:

Por correo:	*VNSNY CHOICE* Health Plans 220 East 42nd Street, 3rd Floor, New York, NY 10017
Teléfono:	1-888-634-1558 (TTY/TDD: 711)
En persona:	220 East 42nd Street, 3rd Floor, New York, NY 10017
Fax:	646-459-7729
Correo electrónico:	CivilRightsCoordinator@vnsny.org
En línea:	**www.vnsny.ethicspoint.com**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de las siguientes maneras:

En línea:	Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Por correo:	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 Los formularios de quejas están disponibles en **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**
Teléfono:	1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP),* 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 VNSNY, 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 VNSNY y para nuestra comunidad.

Si le preocupa que algún miembro del equipo de VNSNY 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:

	VNSNY	***VNSNY CHOICE***
Comuníquese con nuestras líneas directas de Compliance las 24 horas del día, los 7 días de la semana:	212-290-4773 (teléfono) 646-459-7729 (fax) **www.vnsny.ethicspoint.com**	888-634-1558 (teléfono) 646-459-7730 (fax) **www.vnsny.ethicspoint.com**
También nos puede encontrar en estas direcciones:	**VNSNY Compliance** 220 E. 42nd St, 6th Floor New York, NY 10017	***VNSNY CHOICE* Compliance** 220 E. 42nd St, 3rd Floor New York, NY 10017 **CHOICECompliance@vnsny.org**
Además, puede comunicarse directamente con la Dirección de Cumplimiento de VNSNY:	**Directora de Cumplimiento y Privacidad de VNSNY** Annie Miyazaki-Grant Annie.Miyazaki@vnsny.org	***VNSNY CHOICE* y Cumplimiento de VNSNY CHOICE** Doug Goggin-Callahan Douglas.Goggin-Callahan@vnsny.org

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: (1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red de servicios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red de servicios obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red de servicios obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información.

Auxiliar de atención médica a domicilio: un auxiliar de atención médica a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

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. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección). Consulte el Capítulo 10 para obtener más información.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que ofrece una variedad de servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Centro para enfermos terminales: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro para enfermos terminales y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro para enfermos terminales brindará tratamiento especial para su estado. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

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

de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Consulte el Capítulo 10 para obtener más información.

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una visita al médico o por un medicamento recetado. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Coseguro: un monto que se le puede pedir que pague como su parte de los costos por los servicios o medicamentos recetados. Generalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o los medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico, o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. 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. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

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. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento recetado. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento recetado. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento recetado. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información.

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

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en una residencia de ancianos, centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Cuidados paliativos: en los cuidados paliativos se trabaja para mejorar su calidad de vida y la de su familia. Puede recibir atención a través del Programa de cuidados paliativos si tiene una enfermedad grave. La atención la proporciona un equipo de médicos, enfermeros, trabajadores sociales, nutricionistas y otras personas con formación especial. Se establecerá un equipo para usted que trabajará con usted, su familia y sus médicos para ayudarlo a vivir la mejor vida posible.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos recetados o la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación integrada de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina creen que tienen síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información.

Equipo de atención (formalmente Servicios para los miembros): un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Equipo de atención de CHOICE, consulte el Capítulo 2.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. El equipo médico duradero incluye los siguientes artículos, entre otros: andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que no paga un copago ni un coseguro por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre hayan gastado $6,550 en concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: etapa antes de que el monto total de los costos de sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado en su nombre para el año, alcance $4,430.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan. Consulte el Capítulo 1 para obtener más información.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (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 el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario). Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de *VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP)*, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar. Para obtener más información, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.

Farmacia de la red: una farmacia en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos "farmacias de la red de servicios" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red de servicios. Consulte el Capítulo 1 para obtener más información.

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. Como se explicó en esta *Evidencia de cobertura*, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red de servicios no está cubierto por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información.

Hospitalización: una hospitalización tiene lugar cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un "paciente ambulatorio".

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, y respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

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

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

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

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

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 de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2, se incluye más información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

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

Medicamento de marca: medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos, y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca. Para obtener más información, consulte los Capítulos 5 y 6.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados que cubre el plan. Consulte el Capítulo 1 para obtener más información.

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. (Consulte su formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan Medicare Advantage. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): una persona con Medicare que cumple con los requisitos 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). Consulte el Capítulo 1 para obtener más información.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de prima estándar y un Monto de ajuste mensual

relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de sus bolsillos). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted paga este monto más alto mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez carece de la cobertura para medicamentos de la Parte D u otros medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más.

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

Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte, en la Sección 4 del Capítulo 2, la información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o plan Medicare con "pago por servicio"): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de 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 dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: es el Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos recetados, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que entra a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes hospitalizados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones al 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 es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también está disponible para un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Por ejemplo, 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 el que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

Persona con doble elegibilidad: una persona que cumple con los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Plan de necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en residencias de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas. Consulte el Capítulo 1 para obtener más información.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan de necesidades especiales al que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, en forma permanente durante 90 días o más, en un establecimiento de cuidado a largo plazo (LTC). Estos establecimientos de cuidado a largo plazo pueden incluir centros de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF) o ambos; centros de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR); o centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados. Para que un plan de necesidades especiales institucional brinde servicios a las personas con Medicare que residen en centros de LTC, este debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros). Consulte el Capítulo 1 para obtener más información.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan de necesidades especiales institucional al que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF), si fuera necesario para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red de servicios. Generalmente, el costo compartido del miembro será superior cuando se reciben los beneficios del plan de los proveedores fuera de la red de servicios. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red de

servicios y un límite más alto en los costos totales combinados que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red de servicios (preferido) como fuera de la red de servicios (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE). Consulte el Capítulo 1 para obtener más información.

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 una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. 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**. Todo aquel que tenga la Parte A y la Parte B de Medicare es elegible para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área.

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). Consulte el Capítulo 2 para obtener más información.

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.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted visita primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que tenga el cuidado que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su médico de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales sanitarios, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos **"proveedores de la red"** cuando tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o un centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red de servicios son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red de servicios.

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 problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Reclamo Integrado" en esta lista de definiciones.

Reclamo integrado: un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan. Consulte el Capítulo 1 para obtener más información.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red de servicios o fuera de la red de servicios cuando los proveedores de la red de servicios no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información.

Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera matriculada o un médico.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información.

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

CAPÍTULO 13

Bienvenido a VNSNY CHOICE Total Medicaid Advantage Plus

Capítulo 13:

El plan *VNSNY CHOICE Total* está especialmente diseñado para personas que tienen Medicare y Medicaid, y que necesitan servicios médicos y de cuidado a largo plazo como atención en el hogar y atención personal para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Los beneficios que se describen en esta sección del manual se suman a los beneficios de Medicare que se describen en los capítulos anteriores de su *Evidencia de cobertura* de *VNSNY CHOICE Total.* También le indica cómo solicitar un servicio o cancelar su inscripción en *VNSNY CHOICE Total.* Consulte este capítulo, junto con la *Evidencia de cobertura* de *VNSNY CHOICE Total.* Necesita saber qué servicios tienen cobertura y qué debe hacer para obtenerlos.

AYUDA DE SU EQUIPO DE ATENCIÓN DE CHOICE

Su Equipo de atención de CHOICE está aquí para ayudarlo:

Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Llame al número gratuito de Servicios para los miembros: 1-866-783-1444.
Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

ELEGIBILIDAD PARA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA *VNSNY CHOICE Total*

VNSNY CHOICE Total es un plan de salud para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Usted es elegible para inscribirse en el plan de salud *VNSNY CHOICE Total* si también está inscrito en *VNSNY CHOICE Total* para la cobertura de Medicare y cumple con lo siguiente:

1. Es mayor de 18 años.
2. Reside en el área de servicio del plan: condados de Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens, Richmond, Suffolk y Westchester del estado de Nueva York.
3. Tiene una enfermedad o discapacidad crónica que lo vuelve elegible para recibir el nivel de atención de un hogar de convalecencia en el momento de la inscripción.
4. Puede permanecer de manera segura en el hogar en el momento en que se inscribe en el plan.
5. Requiere administración de la atención y se espera que necesite uno o más de los siguientes servicios durante más de 120 días continuos desde la fecha en que se inscribe en nuestro plan:
    a. Servicios de enfermería en el hogar
    b. Terapias en el hogar
    c. Servicios de asistente de atención médica a domicilio
    d. Servicios de cuidado personal en el hogar
    e. Atención médica de día para adultos
    f. Servicios privados de enfermería
    g. Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor

Si es un paciente internado en un hospital o es un paciente o residente de un centro autorizado por la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH) del estado, la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office For People With Developmental Disability, OPWDD) del estado, o si está inscrito en otro plan de atención administrada financiado por Medicaid, un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad o un Programa de tratamiento diurno de la OPWDD, o recibe servicios para enfermos terminales, podría inscribirse con el contratista tras el alta o la finalización por parte del hospital para pacientes

internados, centro autorizado por la OMH, OASAS o OPWDD, otro plan de atención administrada, servicios para enfermos terminales, programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad o Programa de tratamiento diurno de la OPWDD.

La cobertura que se explica en este manual tiene vigencia en la fecha de entrada en vigor de su inscripción en el programa *VNSNY CHOICE Total.* La inscripción en el programa *VNSNY CHOICE Total* es voluntaria.

Usted o un familiar pueden llamar a *VNSNY CHOICE Total* directamente para solicitar su inscripción en el plan. A veces, otro proveedor de atención médica (como un enfermero, un asistente social o un médico) también puede remitir a una persona a *VNSNY CHOICE*. Independientemente de cómo obtengamos conocimiento sobre su necesidad de recibir servicios de atención a largo plazo, el proceso de inscripción es el mismo:

En primer lugar, un miembro del personal de *VNSNY CHOICE* se comunicará con usted para hablar sobre el plan y asegurarse de que usted esté interesado en los tipos de servicios que ofrece *VNSNY CHOICE Total.* En este momento, también podríamos verificar que sea elegible para Medicaid.

Si le interesa *VNSNY CHOICE Total*, será remitido al Centro de evaluación e inscripción libre de conflicto (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) para programar una evaluación de elegibilidad. Una enfermera matriculada del CFEEC acudirá a su hogar y realizará la evaluación dentro de los 5 a 7 días hábiles posteriores a su llamada. Una vez finalizada la evaluación, usted recibirá una carta de New York Medicaid Choice en la que se indicará su elegibilidad para un plan Medicaid Advantage (MAP). Si se determina que es elegible, tendrá la opción de seleccionar un plan. El CFEEC lo asistirá para comunicarse con el plan que elija.

Si elige *VNSNY CHOICE Total* como su plan, una enfermera matriculada visitará su hogar para hacer una evaluación y determinar qué servicios se le proporcionarán en función de sus necesidades. Se le solicitará que firme una solicitud y acuerdo de inscripción. Si, en algún momento, cambia de parecer y decide no inscribirse en el plan, puede retirar su solicitud antes del mediodía del día 20 del mes.

En la mayoría de los casos, se convertirá en miembro de *VNSNY CHOICE 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 administrador de atención se asegurará de que reciba todos los servicios que se indican en su plan de atención inicial.

El Equipo de atención de CHOICE 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 cuando necesite servicios cubiertos por *VNSNY CHOICE Total.*

New York Medicaid CHOICE o el Departamento de Servicios Sociales local deben verificar la elegibilidad para Medicaid antes de su inscripción en *VNSNY CHOICE Total.*

Además de los criterios enumerados al comienzo de este capítulo, su inscripción en *VNSNY CHOICE 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 o un programa de un centro para enfermos terminales. Si finaliza su participación en estos programas, puede ser tenido en cuenta para inscribirse en *VNSNY CHOICE Total*.
- Cancelaron su inscripción de *VNSNY CHOICE* 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 299.

Tenga presente que *VNSNY CHOICE 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 *VNSNY CHOICE Total* recibe un aviso de denegación de CMS, usted recibiría una notificación de denegación de nuestra parte en un plazo de 10 días. Para corresponder la denegación, *VNSNY CHOICE Total* enviaría una cancelación a la Administración de Recursos Humanos (HRA) con prueba de denegación de CMS. Si *VNSNY CHOICE 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.

VNSNY CHOICE 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 *VNSNY CHOICE 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 *VNSNY CHOICE Total,* o los servicios cubiertos que se obtienen de proveedores fuera de la red de servicios de *VNSNY CHOICE Total.*

VNSNY CHOICE 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 el Equipo de atención de CHOICE 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 *VNSNY CHOICE 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 decide no hacerlo, se le asignará un PCP nuevo. Servicios para los miembros puede ayudarlo a elegir otro PCP y proveedor dentro de la red de servicios.

RESPONSABILIDAD ECONÓMICA MENSUAL

Si la Administración de Recursos Humanos o el Departamento Local de Servicios Sociales determinan que usted tiene un excedente de Medicaid (o “responsabilidad económica”), deberá pagar este monto a *VNSNY CHOICE*. Recibirá una factura de Visiting Nurse Service of New York (VNSNY) todos los meses por el monto que adeuda. (Como compañía afiliada, VNSNY brinda este servicio de facturación en nombre de *VNSNY CHOICE*). Hable con su administrador de atención o asistente social sobre esta condición de su membresía. Si no paga su excedente o no hace los arreglos con nosotros para pagar su excedente dentro de los 30 días posteriores a su vencimiento, se podría cancelar involuntariamente su inscripción en *VNSNY CHOICE Total*. Trabajaremos con usted para hacer los arreglos para el pago de su excedente y le informaremos por escrito si se torna necesario proceder con la cancelación de la inscripción.

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA *VNSNY CHOICE 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 VNSNY CHOICE Total.* Las Secciones 2 y 3 del Capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura de VNSNY CHOICE Total* explican las normas para utilizar proveedores del plan y recibir atención en caso de una emergencia médica o si se necesita atención de urgencia. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos aparecen en la *Evidencia de cobertura de VNSNY CHOICE Total* en el Capítulo 4, Sección 2. Dado que se inscribió en *VNSNY CHOICE Total,* y que tiene Medicaid, *VNSNY CHOICE Total* pagará estos montos. También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare, pero están cubiertos por Medicaid. La siguiente sección explica qué está cubierto.

Servicios de administración de la atención

- Como miembro de nuestro plan, usted recibirá 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 evaluar sus necesidades, decidir los servicios que necesita y desarrollar un plan de atención. Su administrador de atención también concertará citas para los servicios que necesita. Llame al servicio de transporte directamente. La información de contacto puede encontrarse en el Capítulo 4.
- Puede comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta, inquietud o si necesita servicios adicionales, etc. Su administrador de atención está disponible por teléfono para ayudarlo a administrar sus enfermedades y otras necesidades de salud. Un enfermero matriculado (RN), que es miembro del equipo de administración de la 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.

Servicios adicionales cubiertos

Dado que tiene Medicaid y cumple con los requisitos para *VNSNY CHOICE Total,* 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; es decir, que sean necesarios para mantener su salud y tratar

su enfermedad o discapacidad. 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 *VNSNY CHOICE Total.* Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan o tiene preguntas sobre cómo obtener los servicios cuando los necesita, comuníquese con Servicios para los miembros.

- **Atención personal:** *VNSNY CHOICE Total* coordinará la prestación de atención personal para ayudarlo con actividades tales como higiene personal, vestimenta y alimentación, y soporte en el entorno hogareño. La atención personal debe ser médicamente necesaria y estar basada en un plan de atención aprobado por su médico.
- **Servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare:** *VNSNY CHOICE 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.
- **Nutrición:** *VNSNY CHOICE* 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.
- **Otra asistencia a domicilio (apoyo social y ambiental):** en el caso de que los necesite, *VNSNY CHOICE 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.
- **Comidas a domicilio o comidas en un entorno grupal, como asistencia diurna:** *VNSNY CHOICE 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.
- **Servicios médicos y sociales:** evaluación, organización y prestación de asistencia médicamente necesarias por problemas sociales relacionados con mantener a una persona en su hogar.

- **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.
- **Transporte que no sea de emergencia:** *VNSNY CHOICE Total* pagará su transporte desde y hacia su médico, así como a otros proveedores, para recibir servicios relacionados con la salud que no sean de emergencia. Los servicios serán proporcionados por una ambulancia o un automóvil, según su necesidad particular. Si necesita transporte, llame al menos 2 días hábiles antes, de ser posible. Puede encontrar la información de contacto del servicio de transporte en el Capítulo 4. Si hay transporte público disponible y usted se encuentra lo suficientemente bien como para viajar hasta sus citas médicas, *VNSNY CHOICE Total* le reembolsará el costo. Si un familiar o un encargado del cuidado lo acompañan, esa persona también recibirá un reembolso por el transporte público.
- **Servicios de enfermería privada:** enfermeros matriculados o auxiliares de enfermería autorizados le brindan servicios privados de enfermería continuos en su hogar.
- **Servicios dentales:** después de inscribirse en *VNSNY CHOICE Total,* recibirá su atención dental de la red de servicios dentales para *VNSNY CHOICE Total.* Su tarjeta de identificación de miembro es aceptada por cientos de odontólogos completamente cualificados en la ciudad de Nueva York y los condados de Nassau, Suffolk y Westchester. Todos los servicios dentales se proporcionan 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 un representante de Servicios para los miembros pueden ayudarlo a seleccionar un odontólogo o concertar una cita, si lo desea. Como parte de su beneficio dental, tiene derecho a dos chequeos anuales, incluidos limpiezas, radiografías y servicios de odontología restauradora básica, tal como arreglo de piezas dentales, extracciones y prótesis. Además, los implantes dentales están cubiertos cuando su médico indica que los necesita para aliviar un problema médico y si su odontólogo indica que los implantes dentales son la única manera de solucionar un problema dental.
- **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.

- **Atención médica diurna para adultos:** *VNSNY CHOICE 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.
- **Atención en residencias de ancianos no cubierta por Medicare:** 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 internados que supere el límite de por vida de 190 días de Medicare:** *VNSNY CHOICE 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 de asistencia personal dirigidos por el consumidor** (CDPAS): es un modelo de atención en el hogar autodirigido disponible para los consumidores elegibles para Medicaid que tienen una enfermedad crónica o una discapacidad física y necesitan servicios de atención en el hogar. Los consumidores que necesitan atención personal, auxiliar de atención médica a domicilio o servicios de enfermería especializada podrían recibir estos servicios de un asistente de atención personal dirigida por el consumidor bajo la dirección de la persona inscrita o un representante designado por la persona inscrita. Su Administrador de atención puede ayudar a determinar el nivel de asistencia con los servicios de atención personalizada, servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio o servicios de enfermería especializada que usted es elegible para recibir.

Para obtener más información sobre los CDPAS y determinar si son adecuados para usted, hable con su administrador de atención.

- **Servicios a domicilio para veteranos:** si es veterano, cónyuge de un veterano o padre de una Estrella Dorada que necesita servicios de enfermería a domicilio a largo plazo, puede acceder a los servicios a domicilio para veteranos. Llame a su Equipo de atención de CHOICE para obtener asistencia.
- **Telesalud:** los servicios proporcionados mediante telesalud utilizan tecnologías electrónicas de información y comunicación electrónica de proveedores de telesalud a fin de brindar servicios de atención médica que incluyen evaluación, diagnóstico, consulta, tratamiento, educación, administración de la atención o autoadministración de una persona inscrita.
- **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.
- **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.
- **Terapia del habla**: 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.
- **Suministros médicos/quirúrgicos que no son de Medicare**: 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.
- **Prótesis:** prótesis, férulas y calzado ortopédico cubierto por Medicare y Medicaid. No existen requisitos previos relacionados con la diabetes para los dispositivos ortopédicos.
- **Suministros médicos y quirúrgicos, fórmulas enterales y parenterales y baterías para audífonos:** estos artículos generalmente se consideran de un solo uso, bienes de consumo que se pagan por rutina bajo la categoría de Equipamiento médico duradero de tarifa de servicio de Medicaid.

Limitaciones

- La terapia ocupacional (OT), la terapia del habla (ST) y la fisioterapia (PT) para pacientes ambulatorios están cubiertas para visitas médicamente necesarias que sean solicitadas por un médico u otro profesional matriculado.
- La cobertura de las fórmulas enterales y los suplementos nutricionales se limita a: personas que son alimentadas mediante vía nasogástrica, sonda de gastrostomía o sonda de yeyunostomía, personas que han nacido con desórdenes metabólicos, adultos con un diagnóstico de infección por VIH, SIDA o enfermedades relacionadas con el VIH, u otras enfermedades o patologías, quienes: requieren suplementos nutricionales y tienen un índice de masa corporal por debajo de 18.5, o requieren suplementos nutricionales y tienen un índice de masa corporal por debajo de 22 junto con pérdida de peso involuntaria durante los pasados 6 meses o requieren apoyo nutricional vía oral en forma total cuando está contraindicada la colocación de una sonda de alimentación.
- La atención en residencias de ancianos está cubierta para las personas que se consideran colocación permanente, siempre y cuando sean elegibles para la cobertura de Medicaid institucional.

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

Esta sección explicará los servicios y apoyos que están disponibles a través de *Money Follows the Person (MFP)/Open Doors,* un programa que puede ayudarlo a mudarse de un hogar de convalecencia de regreso a su hogar o residencia en la comunidad. Podría reunir los requisitos para MFP si sucede lo siguiente:

1. Vivió en un hogar de convalecencia durante tres meses o más.
2. Tiene necesidades de salud que se pueden satisfacer de manera segura a través de servicios en su comunidad.
3. Su administrador de atención y el personal del hogar de convalecencia pueden ayudar a coordinar la transición de regreso a su hogar. Además, 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:
4. Brindándole información sobre servicios y apoyos en la comunidad.
5. Encontrando servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarlo a ser independiente.
6. Visitándolo o llamándolo después de la mudanza para asegurarse de que tenga lo que necesita en su hogar.

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

Cómo obtener atención fuera del área de servicio

Llame a su administrador de atención o Equipo de atención de CHOICE cuando necesite recibir atención médica o servicios cubiertos fuera del área de servicio del plan. En algunos casos, podemos ayudar a coordinar los servicios cuando está fuera.

Servicio de emergencia

Si considera que su problema es una emergencia, debe llamar al 911 u obtener ayuda de inmediato en el hospital, la sala de emergencias, la clínica o el consultorio médico más cercanos. Ellos evaluarán su salud y se asegurarán de que reciba la atención que se necesita para estabilizar su afección. Si tiene una afección médica de emergencia, no debe comunicarse con *VNSNY CHOICE Total* antes de recibir atención. No debe preocuparse con respecto a si el servicio de emergencia está autorizado o si el proveedor pertenece a la red de proveedores de *VNSNY CHOICE Total*.

Una afección médica de emergencia es un problema de salud que se presenta de manera repentina o muy rápido. A fin de que sea considerado una emergencia, el problema debe incluir dolor u otros síntomas que sean tan graves como para que una persona normal (es decir, alguien como un miembro de *VNSNY CHOICE Total* sin conocimientos especiales sobre salud o medicina) considere que tendría consecuencias graves si no recibiera ayuda inmediata. Estas consecuencias podrían incluir riesgo grave para su salud, daño a las funciones u órganos del cuerpo o desfiguración grave.*

**La definición oficial del estado de Nueva York de una afección médica de emergencia es una afección médica o conductual que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, como para que una persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, pudiera suponer que la falta de atención médica inmediata podría provocar: 1) grave riesgo para la salud de la persona o, en el caso de una afección conductual, poner la salud de la persona, o de otras, en grave riesgo; 2) discapacidad grave de las funciones corporales; 3) disfunción grave de cualquier parte u órgano corporal de la persona, o 4) desfiguración grave de la persona.*

Qué debe hacer después de una emergencia:

Una vez finalizada la emergencia y que se haya estabilizado la condición, asegúrese de notificarles a su médico y *VNSNY CHOICE Total* dentro de las 24 horas o lo antes posible. (Usted, un familiar o un amigo pueden llamar y dejar un mensaje a cualquier hora del día o de la noche). Queremos comprender sus necesidades médicas cambiantes para poder coordinar toda su atención durante este momento agobiante. Esto también es importante porque es posible que necesitemos hacer ajustes a sus servicios de atención de largo plazo con el fin de satisfacer sus necesidades de atención médica en una mejor forma.

SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Existen algunos servicios de Medicaid que *VNSNY CHOICE Total* no cubre. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid al usar su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame al Equipo de atención de CHOICE al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene una pregunta sobre si un beneficio está cubierto por *VNSNY CHOICE 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 *VNSNY CHOICE Total* según lo descrito en la Sección 3 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura* (*EOC*) de *VNSNY CHOICE Total.* Medicaid regular cubrirá algunos medicamentos que Medicare no cubre.

Medicamentos de venta libre

Es posible que algunos productos para la salud estén disponible a través de Medicaid gracias a su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid.

Ciertos servicios de salud mental, incluidos los siguientes:

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica
- Tratamiento diurno
- Gestión de casos psiquiátricos serios y persistentes grado III (patrocinado por las unidades de salud mental locales y estatales)
- Atención hospitalaria parcial no cubierta por Medicare
- Servicios de rehabilitación para aquellos en hogares comunitarios o tratamiento basado en la familia
- Tratamiento diurno continuo
- Tratamiento asertivo comunitario
- Servicios orientados a la recuperación personalizada

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

- Tratamiento con metadona
- Administración de casos integrales de Medicaid
- Terapia de observación directa para la tuberculosis
- Administración de casos de VIH de COBRA

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

SERVICIOS QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR EL PROGRAMA *VNSNY CHOICE TOTAL*

Debe pagar los servicios que no estén cubiertos por *VNSNY CHOICE Total* ni Medicaid si su proveedor le informa por adelantado que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagarlos. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos por *VNSNY CHOICE Total* o Medicaid son los siguientes:

- Cirugía estética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales y para la comodidad
- Tratamiento para la infertilidad
- Servicios de un proveedor que no forma parte del plan (a menos que *VNSNY CHOICE Total* lo envíe a ese proveedor)

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

Medidas y autorizaciones de servicios

Cuando *VNSNY CHOICE Total* determine que los servicios solo están cubiertos por Medicaid, decidiremos sobre su atención siguiendo estas normas:

Autorización previa

Para algunos servicios se exige **autorización previa** (aprobación de antemano) del Departamento de Administración Médica de VNSNY CHOICE antes de que los reciba o con el fin de seguir recibiéndolos. Usted o una persona de su confianza pueden solicitarla. Se deben autorizar los siguientes tratamientos y servicios antes de recibirlos:

- Servicios de atención médica de día para adultos
- Servicios de tareas en el hogar o limpieza
- Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor
- Modificaciones del medio ambiente
- Entrega de comidas en el hogar
- Equipo médico para modificaciones de seguridad en el hogar
- Suministros médicos y quirúrgicos
- Atención en residencias de ancianos
- Servicios médico-sociales
- Servicios de nutrición
- Sistema personal de respuesta de emergencia (PERS)
- Servicios privados de enfermería
- Servicios de atención social de día

Solicitar la aprobación de un tratamiento o un servicio se denomina **solicitud de autorización de un servicio.** Para solicitar la autorización de un servicio, usted o su médico deben llamar al número gratuito del Equipo de atención de CHOICE al 1-866-783-1444, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, o enviar su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

VNSNY CHOICE Total
Attn: Medical Management Department
1630 East 15th Street, 3rd Floor
Brooklyn, NY 11229

Los servicios estarán autorizados en un monto determinado y para un período específico. Esto se denomina **período de autorización.**

Asimismo, necesita obtener autorización previa si actualmente está recibiendo alguno de estos servicios, pero necesita recibir más atención durante un período de autorización. Esto se denomina **revisión simultánea.**

¿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 reciba los servicios que le prometemos. 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 toda 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 solicitado no es médicamente necesario, la decisión será tomada por un colega revisor clínico, que puede ser un médico, un enfermero o un profesional de atención médica que generalmente brinda la atención de salud que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica,** usados para tomar la decisión de medidas relacionadas con la necesidad médica.

Después de que obtenemos su solicitud, la revisaremos conforme al proceso de seguimiento **acelerado o estándar.** Usted o su médico pueden solicitar una Revisión de seguimiento rápido si se considera que un retraso causaría un daño grave a su salud. Si se rechaza su solicitud de revisión de seguimiento rápido, se lo informaremos y su solicitud pasará por el 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.

Le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si su solicitud es aprobada o rechazada. También le informaremos el motivo de la decisión. Explicaremos las opciones de apelación o de audiencias imparciales que tendrá si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Plazos para las solicitudes de autorización previa

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión sobre su solicitud dentro de los 3 días hábiles a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero tendrá noticias nuestras antes de los 14 días posteriores a que recibamos su solicitud. Le informaremos a los 14 días si necesitamos más información.
- Revisión de seguimiento rápido: tomaremos una decisión y nos comunicaremos con usted en un plazo de 72 horas. Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

Plazos para las solicitudes de revisión simultáneas

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero nos comunicaremos con usted antes de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud.
- Revisión de seguimiento rápido: Tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero nos comunicaremos con usted antes de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Le informaremos en el plazo de 1 día hábil si necesitamos más información.

Si necesitamos más información para tomar la decisión de seguimiento rápido o estándar sobre su solicitud de servicio, los plazos antes mencionados pueden extenderse hasta 14 días. A este fin, procederemos de la siguiente manera:

- Le escribiremos para solicitarle la información que necesitamos. Si su solución se encuentra en una Revisión de seguimiento rápido, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito posteriormente.
- Le informaremos el motivo por el que le conviene el retraso.
- Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.

Usted, su proveedor o una persona de su confianza también pueden solicitarnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ocurrir en caso de que tenga más información para brindar a fin de contribuir en la decisión de su caso. Esto se puede hacer al llamar al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, o al escribir a:

VNSNY CHOICE Total
Attn: Medical Management Department
1630 East 15th Street, 3rd Floor
Brooklyn, NY 11229

Usted o una persona de su confianza pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. 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 Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Si no está conforme con nuestra respuesta, tiene derecho a presentarnos una apelación. Consulte la sección Apelación ubicada más adelante en el manual.

Si por algún motivo no llegáramos a comunicarnos con usted a tiempo, es porque rechazamos la solicitud de autorización de servicio. En tal caso, tiene el derecho de solicitar una Audiencia imparcial estatal. Consulte la sección Audiencia imparcial ubicada más adelante en el manual.

Otras decisiones sobre su atención de salud

Algunas veces, realizaremos una Revisión simultánea 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 tomamos estas otras medidas.

Plazos de aviso de otras medidas

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de disminuir, suspender o rescindir un servicio que ya hayamos aprobado y que esté recibiendo actualmente, debemos informárselo al menos 10 días previos al cambio de servicio.
- Si estamos revisando la atención de salud que se proporcionó en el pasado, tomaremos una decisión sobre pagarla dentro de los 30 días después de recibir la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si rechazamos el pago de un servicio, les enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que se rechace el pago. **No tendrá que pagar ninguna atención de salud recibida que fue cubierta por el plan o Medicaid, incluso si posteriormente rechazamos el pago al proveedor.**

QUÉ HACER SI TIENE UN RECLAMO SOBRE NUESTRO PLAN O DESEA APELAR UNA DECISIÓN SOBRE SU ATENCIÓN DE SALUD

Usted tiene Medicare y obtiene asistencia de Medicaid. La información de este capítulo comprende sus derechos para todos los beneficios de Medicare y para la mayoría de los de Medicaid. En la mayoría de los casos, no tendrá que utilizar un proceso para los beneficios de Medicare y otro diferente para los beneficios de Medicaid. Por lo general, utilizará un proceso para ambos. 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 328.

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 la solicitud de autorización de un servicio, debe llamar al número gratuito del Equipo de atención de CHOICE al 1-866-783-1444, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, o envíe su solicitud por escrito a la siguiente dirección

VNSNY CHOICE Total
Attn: Medical Management Department
1630 East 15th Street, 3rd Floor
Brooklyn, NY 11220

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 *VNSNY CHOICE* 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 del medio ambiente

- Entrega de comidas en el hogar
- Equipo médico para modificaciones de seguridad en el hogar
- Suministros quirúrgicos y médicos para atención en residencias de ancianos
- 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 *VNSNY CHOICE* 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 usted obtenga los servicios que le prometemos. 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 revisaremos 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 como lo requiera su afección médica, pero no posterior a lo mencionado a continuación. A continuación, encontrará más información sobre el proceso de seguimiento rápido.

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

Proceso estándar

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

- Una revisión estándar para una solicitud de autorización previa quiere decir que le daremos una respuesta en el plazo de los 3 días hábiles a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero sin superar los **14 días calendario** después de que hayamos recibido su solicitud. Si su caso es una **revisión simultánea** en la que solicita un cambio en un servicio que ya recibe, tomaremos una decisión en el plazo de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le daremos una respuesta en un plazo no mayor a 14 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como historias clínicas de proveedores fuera de la red de servicios) que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.
- Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una **"queja rápida".** Cuando presenta una queja rápida, le damos 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 5: "Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan").

Si no le comunicamos nuestra respuesta en el plazo de 14 días calendario (o antes de que finalicen los días adicionales si los utilizamos), puede presentar una apelación.

- **Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial**, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.
- **Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. En la Sección 2: "Apelaciones de Nivel 1" (también conocidas como Nivel 1), que se encuentra más adelante en este capítulo, se explica cómo presentar una apelación.

Proceso de seguimiento rápido

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

- Una revisión rápida para una solicitud de autorización previa quiere decir que le daremos una respuesta en el plazo de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero nunca en un plazo mayor que **72 horas** después de la fecha en que nos hizo la solicitud.
- Podemos tomarnos **hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como historias clínicas de proveedores fuera de la red de servicios) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.
- Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, **puede presentar una "queja rápida"**. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: "Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan" que figura a continuación). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- 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. Utilizar los plazos estándar podría poner en grave peligro su salud o dañar su capacidad funcional.

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

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

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

- En esta carta, se le indicará que, si su proveedor le pide la autorización rápida de servicio, se la proporcionaremos automáticamente.
- En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una autorización estándar de servicio en lugar de la autorización rápida de servicio que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: "Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan", que figura más adelante en este capítulo).

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

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

Si no llegáramos a comunicarnos con usted a tiempo, es porque rechazamos la solicitud de autorización de servicio. Si esto ocurre, tiene derecho a presentar una apelación. Consulte la Sección 2: "Apelaciones de Nivel 1", que figura a continuación, para obtener más información.

Si modificamos un servicio que ya recibe

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio que ya hayamos aprobado que esté recibiendo actualmente, debemos informárselo al menos 10 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 rechazamos 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 *VNSNY CHOICE 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).
- *VNSNY CHOICE Total* también puede explicarle los procesos de quejas y apelaciones disponibles para usted según la queja que tenga. Puede llamar al Equipo de atención de CHOICE al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, 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 Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

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

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

Si recibe un Aviso de determinación de cobertura integrada y no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa tratar de recibir el artículo o servicio médico que desea pidiéndonos que revisemos su solicitud nuevamente.

Puede presentar una apelación de Nivel 1:

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1 o apelación del plan. En esta apelación, revisamos la decisión que tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es gestionada por diferentes revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que abordaremos más adelante, puede solicitar una apelación rápida.

Pasos para presentar una apelación de Nivel 1:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene **60 días** a partir de la fecha del Aviso de determinación de cobertura integrada para presentar una apelación. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido con el

plazo pueden incluir si padeció una enfermedad muy grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su proveedor deberán decidir si necesita una **"apelación rápida".**
  - Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "autorización de servicio de seguimiento rápido". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una autorización de servicio de seguimiento rápido. (Estas instrucciones se encuentran en la Sección 1, en la parte de Proceso de seguimiento rápido).
  - Si su proveedor nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.
  - Si su caso fuera una **revisión simultánea** en la que estuviéramos revisando un servicio que usted ya recibe, obtendrá automáticamente una apelación rápida.
- Puede presentar una apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de Nivel 1 por usted. Puede llamar al Equipo de atención de CHOICE al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita ayuda para presentar una apelación de Nivel 1.
  - Solo la persona que designe por escrito podrá representarlo durante su apelación. Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante durante la apelación, puede completar el Formulario de solicitud de apelación que se adjuntó al Aviso de determinación de cobertura integrada, completar un formulario de "Designación de un representante" o escribir y firmar una carta en la que designe a su representante.
    - Para obtener un formulario de "Designación de un representante", llame al Equipo de atención de CHOICE y solicite el formulario. También puede obtener el formulario en la página web de Medicare en: **https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestra página web en **www.vnsnychoice.org**. El formulario le otorga a la persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

  - Puede escribir una carta y enviárnosla. (Usted o la persona que se designa en la carta como su representante pueden enviarnos la carta).

- No lo trataremos de manera diferente ni actuaremos mal con usted si presenta una apelación de Nivel 1.
- Puede realizar la apelación de Nivel 1 por teléfono o por escrito.

Continuación del servicio o artículo mientras apela una decisión sobre su atención

Si le informamos que íbamos a finalizar, suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda seguir recibiéndolos durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en el plazo de 10 días calendario de la fecha que figura en el Aviso de determinación de cobertura integrada o hasta la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que sea posterior.
- Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin ningún cambio hasta que se resuelva su apelación de Nivel 1. También continuará recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no forman parte de su apelación) sin cambios.
- **Nota:** Si su proveedor pide la continuación de un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba designar a su proveedor como representante.

¿Qué sucede después de que obtenemos su apelación de Nivel 1?

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos analizando su apelación de Nivel 1. Le comunicaremos si necesitamos información adicional para tomar nuestra decisión.
- Le enviaremos una copia de su expediente sin cargo alguno, que incluye una copia de su historia clínica y cualquier otra información y registro que usaremos para decidir sobre la apelación. Si su apelación de Nivel 1 es de seguimiento rápido, es posible que deba revisarse dicha información en un corto plazo.

- Profesionales de la salud calificados que no tomaron la decisión inicial decidirán sobre las apelaciones de asuntos clínicos. Al menos uno será un colega revisor clínico.
- Las decisiones no clínicas serán tratadas por personas que trabajan en un nivel superior que las personas que trabajaron en su primera decisión.
- También puede brindar información útil para tomar la decisión, ya sea en persona o por escrito. Llámenos al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si no está seguro de la información que debe brindarnos.
- Le proporcionaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. Si denegamos su solicitud o la aprobamos por un monto inferior al solicitado, le enviaremos un aviso denominado Aviso de decisión de apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 1, enviaremos su caso **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos de apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido.
- Le daremos la respuesta antes si su estado de salud así lo exige.
- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos que necesitamos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.
  - Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le 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 5: "Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan", que figura a continuación.
- Si no le damos una respuesta en la fecha aplicable indicada (o al final de los días adicionales que tomamos para decidir sobre su pedido de artículo

o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones.
  - Una organización externa independiente la revisará.
  - Describimos esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones en la Sección 3: "Apelaciones de Nivel 2".

- **Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de tomar nuestra decisión.
- **Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial**, **estamos obligados a enviar su apelación al siguiente nivel de apelación** a fin de garantizar que cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su apelación. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Plazos para una apelación "rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.
- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de los días adicionales que nos tomemos), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, que abordamos más adelante en la Sección 3, "Apelaciones de Nivel 2".

Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.

Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial, enviaremos automáticamente su apelación a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación de la medida.

- Durante la apelación de Nivel 2, una organización de revisión independiente, llamada **"Oficina de Audiencias Administrativas" u "Oficina de Audiencias"**, revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.
- Le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones más adelante en la Sección 3: "Apelaciones de Nivel 2".

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

Sección 3: Apelaciones de Nivel 2

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

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, su caso se enviará **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias** revisa nuestra decisión de su apelación de Nivel 1. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- **La Oficina de Audiencias es una agencia independiente del estado de Nueva York.** No tiene ninguna relación con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la Oficina de Audiencias para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Oficina de Audiencias analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias se pondrá en contacto con usted para programar una audiencia.
- Si se le concedió una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1 porque su salud podría verse gravemente perjudicada si espera una decisión con un plazo estándar, obtendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.

- Si la Oficina de Audiencias necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

Si se le concedió una apelación "estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una apelación "estándar" en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 90 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita reunir más información que pueda beneficiarle, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.

Si reunió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento que está apelando también continuarán durante el Nivel 2. Consulte la página 316 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

La Oficina de Audiencias le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- Si la Oficina de Audiencias **acepta** su solicitud de manera total o parcial, debemos autorizar el servicio o darle el artículo **en el plazo de un día hábil a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Oficina de Audiencias.**
- Si la Oficina de Audiencias **rechaza** su apelación de manera total o parcial, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar la apelación").

Si la Oficina de Audiencias rechaza su apelación de manera total o parcial, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cuatro niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.

- El Consejo de Apelaciones de Medicare se ocupa de las apelaciones de Nivel 3. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.
- La decisión que reciba del Consejo de Apelaciones de Medicare en relación con los beneficios de **Medicaid** será **definitiva**.

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 Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 4: Apelaciones externas para Medicaid solamente

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

Puede solicitar al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide rechazar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron por los siguientes motivos:

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

Esto se denomina apelación externa porque a la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan de salud ni el estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de Nueva York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. No tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de que apele ante el estado:

- Debe presentar una apelación de Nivel 1 con el plan y obtener la determinación adversa final del plan.
- Puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. (Su médico deberá considerar si necesita una apelación externa acelerada).

- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y optar directamente por la apelación externa.
- Puede comprobar que el plan no cumplió con las normas como corresponde durante el proceso de su apelación de Nivel 1.

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

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

- Puede llamar al Equipo de atención de CHOICE al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 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 Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 5: Qué debe hacer si tiene una queja sobre Nuestro plan

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

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

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

Cómo presentar una queja:

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Equipo de atención de CHOICE.** Si hay algo que necesite hacer, el Equipo de atención de se lo indicará. Llame al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
- 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. Presente su queja por escrito a la siguiente dirección:

  VNSNY CHOICE Total
  Grievance & Appeals
  P.O. Box 445
  Elmsford, NY 10523

  También puede enviar su queja por fax: 1-866-791-2213

- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con los Servicios para los miembros inmediatamente.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.

¿Qué sucede después?

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

Apelaciones de quejas

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

Cómo presentar una apelación de la queja:

- Si no está conforme con lo que decidimos, tiene 60 días hábiles después de recibir la determinación para presentar una apelación.
- Puede hacerlo usted o solicitarle a alguien de confianza que presente la apelación de la queja por usted.
- La apelación de la queja debe presentarse por escrito.
  - Si presenta una apelación por teléfono, debe hacer un seguimiento por escrito.
  - Después de llamar, le enviaremos un formulario que resuma la apelación que realizó por teléfono.
  - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y regresar el formulario. Puede realizar cualquier cambio necesario antes de regresarnos el formulario.

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

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

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

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

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

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

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

CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN *VNSNY CHOICE TOTAL*

Tenga presente que *VNSNY CHOICE Total* no discriminará en base al estado de salud o modificación del estado de salud, ni la necesidad o el costo de los servicios cubiertos.

Puede elegir cancelar la inscripción

Puede solicitar dejar *VNSNY CHOICE Total* en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El procesamiento podría tardar hasta seis semanas en función de cuándo se reciba su solicitud.

Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o inscribirse en otro plan de salud siempre y cuando cumpla con los requisitos. Para asegurarse de que sus servicios de atención personal no se vean interrumpidos, deberá inscribirse en otro plan de atención administrada a largo plazo antes de cancelar su inscripción en *VNSNY CHOICE*. Una vez que se haya inscrito en otro plan de atención administrada a largo plazo, su inscripción en *VNSNY CHOICE Total* se cancelará automáticamente.

Deberá abandonar el programa de *VNSNY CHOICE Total* si sucede lo siguiente:

- Si ya no se encuentra en *VNSNY CHOICE Total* para su cobertura de Medicare.
- Si necesita atención en una residencia de ancianos, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Si se encuentra fuera del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos.

- Si se ha mudado permanentemente fuera del área de servicio de *VNSNY CHOICE Total.*
- Si ya no es clínicamente elegible según la última evaluación.
- Si se inscribe en un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, o está inscrito en un programa o se convierte en residente de un centro que está auspiciado por la Oficina de Personas con Discapacidades del Desarrollo o la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias.
- Si lo encarcelan.
- Si ya no es elegible para el nivel de atención en una residencia de ancianos, según lo determinado en alguna evaluación integral mediante la herramienta de evaluación indicada por el Departamento de Salud del estado de Nueva York, a menos que *VNSNY CHOICE*, o el Departamento Local de Servicios Sociales o la entidad designada por el Estado acuerden que la finalización de los servicios proporcionados por *VNSNY CHOICE* podrían hacer que sea elegible para el nivel de atención en una residencia de ancianos (según lo determinado con la herramienta de evaluación indicada por el DOH) dentro del período de seis meses siguiente.
- Ya no tiene una necesidad funcional o clínica para recibir servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad, según lo determina una nueva evaluación.
- Recibe servicios de atención social de día como su único servicio.

Podemos solicitarle que abandone el plan si:

- Usted, un familiar o un cuidador se comportan de tal forma que evitan que el plan le brinde la atención de salud que necesita. Haremos todo lo necesario para resolver los problemas que interfieren para proporcionarle atención.
- Si brinda información falsa deliberadamente o se comporta de una forma fraudulenta o engañosa.
- Si no completa o envía un formulario de consentimiento u otro documento necesario para obtener servicios para usted.
- Si no paga o no hace los arreglos para pagar el dinero adeudado al plan (responsabilidad económica/excedente).

Disposiciones sobre reinscripción

Si cancela su inscripción de forma voluntario, podrá reinscribirse en el programa si cumple con nuestros criterios de elegibilidad para la inscripción.

En algunos casos, los exmiembros de *VNSNY CHOICE* que solicitaron la reinscripción en el programa no pueden hacerlo, según el motivo por el que se canceló su inscripción en el pasado. A continuación, se enumeran dichas condiciones:

Una persona cuya cancelación de inscripción involuntaria anterior fue solicitada en virtud de las disposiciones del contrato de *VNSNY CHOICE* con el DOH podría inscribirse siempre y cuando se haya resuelto el problema que generó la cancelación de la inscripción. Algunos ejemplos de estas situaciones son los siguientes:

- Personas que se mudan fuera del área de servicio o la abandonan por más de 30 días pueden solicitar la reinscripción si regresan al área y planean permanecer en ella durante, al menos, 120 días.
- Las personas que pierden su elegibilidad para Medicaid pueden solicitar la reinscripción si vuelven a ser beneficiarios de Medicaid.
- Las personas cuya inscripción se canceló porque no pagaron un monto que se adeudaba al plan podrán solicitar la reinscripción si pagan el saldo pendiente de pago.

Sus derechos

Su salud, seguridad y bienestar son la principal preocupación del equipo de personal dedicado de *VNSNY CHOICE* que cuidan de usted en este programa. Como miembro, usted tiene determinados derechos que es importante que comprenda. Si tiene alguna pregunta, pídale a su administrador de atención o coordinador de membresía que se los explique. Como miembro de *VNSNY CHOICE Total,* tiene los siguientes derechos:

- 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 y tiene derecho a recibir servicios de interpretación sin cargo.
- Tiene derecho a que se lo trate con respeto y dignidad.
- 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 sexo (incluyendo la identidad de género o el estado de transgénero), raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, condición de veterano, estado civil o religión.
- Tiene derecho a recibir una copia de sus registros médicos y a solicitar que los mismos sean enmendados o corregidos.

Tiene derecho a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.

Defensor de los participantes

El defensor de los participantes es una organización independiente que brinda servicios de defensa gratuitos a los beneficiarios de atención a largo plazo del estado de Nueva York. Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Proporcionar apoyo previo a la inscripción, tal como asesoramiento imparcial respecto de la elección del plan de atención e información general relacionada con el programa.
- Recopilar quejas e inquietudes de inscritos acerca de la afiliación, el acceso a los servicios y otros asuntos relacionados.
- Ayudar a las personas inscritas a comprender la audiencia imparcial y los derechos y procesos de reclamos y apelaciones dentro del plan de salud y a nivel estatal, y ayudarlas a lo largo del proceso de ser necesario/solicitado, incluidas las solicitudes de registros a planes y proveedores.
- Informar a los planes y los proveedores acerca de los apoyos y los recursos comunitarios que se puedan vincular con beneficios cubiertos del plan.

Puede comunicarse con su defensor de MLTC a través de ICAN (Red de Defensa del Consumidor Independiente). Para obtener más información:

Llame a: 1-844-614-8800
Servicio de retransmisión de TTY: 711
Correo electrónico: ican@cssny.org
Internet: icannys.org

También puede comunicarse con la Unidad de Quejas de Atención Administrada del Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al:
1-800-206-8125 (TTY: 711).

Directivas anticipadas

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

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no**". Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

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

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

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad 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 específicos se denominan **"directivas anticipadas"**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **"testamento vital"** y **"poder de representación para las decisiones de atención médica"** son ejemplos de directivas anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar directivas anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede contactar al Equipo de atención de CHOICE para pedir los formularios (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Los formularios también pueden obtenerse en la página web del Departamento de Salud del estado de Nueva York en **https://www.health.ny.gov/diseases/conditions/dementia/adv_care_planning.htm.**
- **Llenarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Es posible que también quiera darles copias a algunos amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en casa.

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

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

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de directivas anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado una directiva anticipada.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado directivas anticipadas y considera que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York.

Su información de contacto es la siguiente:

New York State Department of Health
Office of the Commissioner
Empire State Plaza Corning Tower
Albany, NY 11237

Número de teléfono: 1-800-541-2831

Información a petición

Llame a su administrador de atención o al Equipo de atención de CHOICE al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar la siguiente información:

- Información sobre la estructura y el funcionamiento de *VNSNY CHOICE*.
- Lista de nombres, direcciones comerciales y puestos oficiales de la membresía de la junta de directores, funcionarios, personas de control, propietarios o socios del plan.
- Copia del estado financiero certificado anual más reciente del plan, incluido un balance general y un resumen de los ingresos y egresos preparados por un contador público certificado (CPA).

- Procedimientos para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otras personas inscritas.
- Descripción escrita de los acuerdos organizacionales y procedimientos vigentes del programa de control y mejora de la calidad.
- Descripción de los procedimientos seguidos por el plan para la toma de decisiones sobre la naturaleza experimental o de investigación de drogas individuales, dispositivos médicos o tratamientos en ensayos clínicos; criterios específicos de revisión clínica por escrito relacionados con una afección o enfermedad en particular y, cuando corresponda, otra información clínica que el plan podría tener en cuenta en su proceso de revisión de utilización.
- Procedimientos de solicitud por escrito y requisitos de calificación mínimos para los proveedores de atención médica.

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 de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

VISITING NURSE SERVICE OF NEW YORK VNSNY CHOICE℠ Health Plans

Equipo de atención de VNSNY CHOICE

Llame al: 1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. También contamos con servicios de interpretación de idiomas gratuitos para 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. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Escriba a: VNSNY CHOICE Total
220 East 42nd Street, 3rd Floor
New York, NY 10017

Página web: www.vnsnychoice.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: Por 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. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

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

Sitio web: https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance

©2022 VNSNY CHOICE