

Manual del Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP)

H6341_001_124940_C_Approved_10172025_SPN

Reemplazo del 11/25/2025

Aprobación de OMB 0938-1444 (fecha de vencimiento: 30 de junio de 2026)

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

Cobertura médica y de medicamentos de AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP)

Introducción al *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro*, llamado también *Evidencia de Cobertura*, le brinda información sobre la cobertura que el plan le otorga hasta el 31 de diciembre de 2026. Detalla los servicios de atención médica. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** del *Manual del Miembro*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Siempre que este *Manual del Miembro* diga “nosotros”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a AmeriHealth Caritas VIP Care.

Este documento está disponible de manera gratuita en árabe y español.

Puede obtener este documento en otros formatos, como letra grande, braille y/o audio llamando a Servicios al Miembro al número indicado al final de esta página. La llamada es gratuita.

Puede enviar una solicitud para recibir este documento inmediatamente en otro formato llamando a Servicios al Miembro al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También le consultaremos su preferencia en nuestra llamada de bienvenida y más adelante en el año cuando se comunique con el plan. El plan registrará su solicitud y continuará enviando documentos posteriores en otros formatos, a menos que nos pida que cancelemos o cambiemos la solicitud. Puede cancelar o cambiar su solicitud en cualquier momento simplemente llamando a Servicios al Miembro. Las llamadas son gratuitas.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



Descargos de responsabilidad

- ❖ **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.



تنويه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-844-964-4433 (TTY 711) المكالمات مجانية. من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع.

- ❖ **También puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, por ejemplo, impresión en letra grande, braille o audio. Llame al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.**

- ❖ Los servicios cubiertos y/o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- ❖ Los medicamentos cubiertos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre los cambios que pudieran afectarlo con al menos 30 días de anticipación.
- ❖ AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Michigan Medicaid para ofrecer beneficios de ambos programas a los miembros.

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Capítulo 5: Cómo obtener el plan de medicamentos como paciente ambulatorio

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Michigan Medicaid

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Capítulo 9: Qué hacer si usted tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Capítulo 11: Avisos legales

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre AmeriHealth Caritas VIP Care, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Michigan Medicaid, y sobre su membresía. También le dice qué esperar y qué otra información recibirá de nuestra parte. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan.....	7
B. Información sobre Medicare y Michigan Medicaid	7
B1. Medicare	7
B2. Michigan Medicaid	7
C. Ventajas de nuestro plan.....	8
D. Área de servicio de nuestro plan.....	9
E. Requisitos para ser miembro del plan.....	9
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	10
G. Su equipo y plan de atención.....	10
G1. Equipo de atención.....	10
G2. Plan de atención.....	11
H. Resumen de costos importantes.....	12
H1. Prima mensual de la Parte B de Medicare	13
H2. Monto de pago de medicamentos bajo receta de Medicare.....	13
I. Este <i>Manual del Miembro</i>	13
J. Otra información importante que obtendrá de nosotros.....	14

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



J1. Su tarjeta de identificación para miembros 14

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*..... 15

J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 16

J4. *La Explicación de beneficios* 16

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía..... 17

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)..... 17

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



A. Bienvenido a nuestro plan

AmeriHealth Caritas VIP Care es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad altamente integrado. Nuestro plan brinda cobertura de servicios de Medicare y Michigan Medicaid a las personas que cumplen con los criterios de ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarlo a administrar sus proveedores y servicios. Todos estos grupos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

B. Información sobre Medicare y Michigan Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Michigan Medicaid

Michigan Medicaid es el nombre del programa de Medicaid de Michigan. Michigan Medicaid está dirigido por el estado y financiado por el estado y el gobierno federal. Michigan Medicaid ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos a pagar por servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y gastos médicos. También cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos,
- quién cumple con los requisitos,
- qué servicios están cubiertos **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que sigan las normas federales.

Medicare y el estado de Michigan aprobaron nuestro plan. Puede obtener servicios de Medicare y Michigan Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



- decidamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el estado de Michigan nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de estar vigente más adelante, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Michigan Medicaid no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos los servicios cubiertos por Medicare y Michigan Medicaid a través de nuestro plan, incluso los medicamentos. **No paga más para unirse a este plan de salud.**

Ayudamos a que los beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted puede colaborar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de atención que usted mismo ayuda a formar. Su equipo de atención puede incluirlo a usted, a su cuidador y a sus médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Cuenta con un coordinador de atención médica. El coordinador es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a diseñar un plan de atención.
- Usted puede manejar su propia atención con la ayuda de su equipo y coordinador de atención.
- Su equipo y coordinador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesite. Por ejemplo, esto quiere decir que su equipo de atención se encarga de que:
 - Sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que toma para confirmar que esté tomando los correctos y para poder disminuir los efectos secundarios.
 - Los resultados de sus estudios sean informados a todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.
 - **Miembros nuevos de AmeriHealth Caritas VIP Care:** En la mayoría de los casos, lo afiliarán a AmeriHealth Caritas VIP Care para obtener la cobertura de Medicare el primer día del mes siguiente a su solicitud de

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



afiliación a AmeriHealth Caritas VIP Care. Puede seguir utilizando Michigan Medicaid de su plan médico anterior de Michigan Medicaid durante un mes más. Después de ese período, obtendrá la prestación de los servicios de Michigan Medicaid a través de AmeriHealth Caritas VIP Care. No tendrá ningún período sin cobertura de Michigan Medicaid. Llámenos al número que se encuentra al final de la página si tiene alguna pregunta.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Michigan: Macomb y Wayne.

Solamente quienes viven en nuestra área de cobertura pueden afiliarse a nuestro plan.

No puede continuar afiliado a nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de cobertura. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de cobertura.

E. Requisitos para ser miembro del plan

Usted cumple con los requisitos de nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de cobertura (las personas privadas de la libertad no se considera que viven en el área de cobertura aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en los Estados Unidos, **y**
- cumpla actualmente con los requisitos de Michigan Medicaid, **y**
- sea mayor de 21 años al momento de la afiliación [incluye a los mayores de 21 años cubiertos por el programa de Servicios de Atención Médica Especial para Niños (CSHCS)].
- obtenga cobertura total de Medicaid (incluye a las personas que cumplen con los criterios de Medicaid a través de los límites ampliados de elegibilidad financiera en virtud de una exención 1915(c) o quienes viven en un centro de enfermería, incluidos quienes tienen un monto de pago por mes correspondiente al paciente).

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Si ya no reúne los requisitos pero espera volver a reunirlos dentro de un período de 90 días, sigue siendo elegible para nuestro plan.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, le realizarán una evaluación de riesgos para la salud (HRA) dentro de un período de 90 días previos o posteriores a la fecha efectiva de la afiliación.

Tenemos que completar una HRA para usted. La HRA es la base para poder crear su plan de atención. La HRA contiene preguntas para poder identificar sus necesidades médicas, de salud del comportamiento, funcionales y no clínicas.

Nos comunicamos con usted para poder completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, por teléfono o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

AmeriHealth Caritas VIP Care debe mantener los proveedores y servicios que usted utiliza al momento de la Afiliación. Esto incluye medicamentos y proveedores que no forman parte de nuestra red. El tiempo durante el cual seguirá obteniendo estos servicios depende del tipo de servicios que esté utilizando y el motivo por el cual los está utilizando. Recién después de que haya completado la HRA, analizaremos si es necesario realizar cambios en los servicios que esté utilizando al momento de su afiliación.

G. Su equipo y plan de atención

G1. Equipo de atención

El equipo de atención podrá ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita. El equipo de atención puede estar compuesto por su médico, un coordinador de atención u otro prestador médico de su elección.

El coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarlo a gestionar la atención que usted necesita. Usted contará con un coordinador de atención desde el momento de su afiliación en nuestro plan. Esta persona también lo direcciona hacia otros recursos de la comunidad que nuestro plan no brinda y trabaja junto con su equipo de atención para ayudar a

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su coordinador y equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención le indica a usted y a sus médicos cuáles son las prestaciones que necesita y cómo obtenerlas. Incluye sus prestaciones médicas, de salud del comportamiento, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) u otros servicios. El plan de atención se enfocará en sus objetivos tomando en cuenta sus inquietudes, deseos, necesidades y fortalezas. Incluirá un resumen de su estado médico y su plan para abordar sus inquietudes. Cuando esté de acuerdo con el plan de atención, le pedirán que lo firme.

Su plan de atención incluye:

- sus metas y objetivos de autogestión,
- un plazo para obtener las prestaciones que necesita,
- sus valores culturales y necesidades y preferencias de comunicación,
- sus preferencias médicas personales respecto de la atención, prestaciones y apoyos,
- su lista en orden de prioridad de inquietudes, metas y objetivos y fortalezas,
- proveedores, apoyos y prestaciones específicas con monto, alcance y duración,
- un resumen de su estado de salud,
- el plan para resolver sus problemas o metas y medidas para alcanzarlas,
- el rol del cuidador del miembro, en caso de ser pertinente,
- fechas de realización de intervenciones y reevaluaciones, **y**
- un plan para satisfacer necesidades sociales relacionadas con la salud, como alimentación o acceso a una vivienda digna,
- identificación de metas cuantificables,
- planteamientos de problemas, objetivos e intervenciones específicos del miembro,
- metas específicas para que el personal efectúe un seguimiento de los miembros que no son localizables o están fuera del sistema de salud,

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- clasificación de metas por orden de prioridad y evolución en el cumplimiento de esas metas,
- intervenciones y recursos planificados,
- plazo de reevaluación del progreso,
- planeamiento de la atención para continuidad de la atención, transiciones de atención y enfoques colaborativos que incluyan la participación del miembro, cuidador y equipo,
- resultados de visitas llevadas a cabo en persona por el equipo de atención, prestadores, proveedores contratados de la red u otros miembros del equipo de cuidado integrado (ICT).

Su equipo de atención se reúne con usted luego de la HRA. Le preguntan sobre las prestaciones que necesita. También le cuentan sobre las prestaciones que podrían interesarle. Su plan de atención se crea sobre la base de sus necesidades y metas. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez por año.

Su plan de atención queda documentado en el sistema de información para la gestión de la atención que tiene el plan para que el equipo de atención pueda verlo y actualizarlo.

H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene primas.

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (**Sección H1**)
- Monto de pago de medicamentos bajo receta de Medicare (**Sección H2**)

En algunos casos, la prima de su plan podría ser menor.

Hay programas que ayudan a las personas de bajos recursos a pagar por sus medicamentos. Estos son “Ayuda Adicional” y Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAPs). Para saber más sobre estos programas, consulte el **Capítulo 2, Sección H2**. Si reúne los requisitos, suscribirse al programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas de este Manual del Miembro podría no aplicarse a usted**. Le enviamos un documento por separado, llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos bajo receta” (también conocido como “Cláusula de subsidio por bajos

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de esta página y solicite la “Cláusula LIS”.

H1. Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la **Sección E** anterior, para poder reunir los requisitos de nuestro plan, debe mantener su aptitud para Medicaid y tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. A la mayoría de los *miembros* de AmeriHealth Caritas VIP Care, Medicaid les paga la prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no le paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagándolas para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B de Medicare. También es posible que pague una prima por la Parte A de Medicare si no reúne los requisitos de excepción de prima para la Parte A de Medicare. **Además, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención para informar sobre este cambio.**

H2. Monto de pago de medicamentos bajo receta de Medicare

Si usted participa del Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare, recibirá una factura del plan por sus medicamentos (en vez de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento con receta que reciba, además de su saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

En el **Capítulo 2**, se explica con más detalle el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Este *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del Miembro* llamando a Servicios al Miembro a los números que se encuentran al final de la página. También puede consultar el *Manual del Miembro* publicado en nuestro sitio web en el enlace que se muestra al final de la página.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



El contrato está vigente durante los meses en los que usted está afiliado a nuestro plan desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.

J. Otra información importante que obtendrá de nosotros

Le entregaremos otros documentos importantes como la tarjeta de identificación para miembros, información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada *Lista de medicamentos* o *Vademécum*.

J1. Su tarjeta de identificación para miembros

Con nuestro plan, tendrá una tarjeta para su cobertura de Medicare y Michigan Medicaid, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo, ciertas prestaciones de salud del comportamiento y las recetas médicas. Utilizará esta tarjeta cuando reciba una prestación o receta médica. Esta es una tarjeta de identificación de muestra:



En caso de deterioro, pérdida o robo de su tarjeta de identificación para miembros, llame inmediatamente a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Michigan Medicaid para recibir la mayoría de las prestaciones. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro por si las necesita más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación para miembros, es probable que el proveedor le facture a Medicare en lugar de a nuestro plan y que usted reciba una factura. Pueden pedirle que muestre su tarjeta de Medicare si necesita atención en hospital, atención para enfermos terminales o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados pruebas clínicas). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (digital o físico) llamando a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página. Si solicita una copia impresa del *Directorio de proveedores y farmacias*, se la enviarán por correo dentro de los tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en el sitio web que se encuentra al final de la página.

Este Directorio enumera los profesionales de atención médica (como médicos, enfermeros y psicólogos), las instalaciones (como hospitales o clínicas) y los proveedores de apoyo (como proveedores de atención en centros de día y a domicilio para adultos) que puede consultar como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. También incluimos las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos bajo receta.

Durante los primeros 90 días posteriores a su afiliación en AmeriHealth Caritas VIP Care, puede ver los proveedores que haya visitado dentro de los 12 (doce) meses anteriores, aunque el proveedor no esté en nuestra red.

Definición de proveedores de la red

- Nuestra red incluye los siguientes proveedores:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**

Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan las pague.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página para obtener más información. Tanto Servicios al Miembro como nuestro sitio web pueden brindarle información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos *Lista de medicamentos* para abreviar. Le dice cuáles son los medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados por el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare estarán incluidos en su *Lista de medicamentos* a menos que se hayan quitado y sustituido según se explica en el **Capítulo 5, Sección E**. La *Lista de medicamentos* de AmeriHealth Caritas VIP Care está aprobada por Medicare.

La *Lista de medicamentos* también le informa si existen normas o restricciones sobre algún medicamento, como límites en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** del *Manual del Miembro* para obtener más información.

Todos los años, le enviaremos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero pueden aplicarse algunos cambios durante el año. Para obtener información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web en el enlace que se muestra al final de la página. La *Lista de medicamentos* incluye una sección que enumera todos los medicamentos de Medicaid que están cubiertos por nuestro plan. También podrá encontrar esta información en nuestro sitio web o llamando a su coordinación de atención o a Servicios al Miembro.

J4. La Explicación de beneficios

Cuando usted utiliza la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a entender y a hacer un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este informe resumido se llama *Explicación de beneficios* (EOB).

La EOB le dice la cantidad total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en los medicamentos de la Parte D de Medicare y la cantidad total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. El **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* brinda más información sobre la EOB y sobre cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede pedir una EOB. Para solicitar una copia, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía informándonos cada vez que cambien sus datos.

Necesitamos estos datos para poder tener registrada la información correcta. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su registro de membresía para saber qué prestaciones y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de inmediato sobre:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja, o compensación laboral.
- Cualquier demanda de responsabilidad, como demandas por un accidente automovilístico.
- Internación en un centro de enfermería u hospital.
- Atención en un hospital o sala de emergencias.
- Cambios de cuidador (u otra persona responsable por usted) **y**
- Participación en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de informarnos sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

En caso de que se modifique algún dato, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro*.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda la información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a responder preguntas sobre nuestro plan y su cobertura de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas que puedan defenderlo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritsavipcare.com/mi.

Índice

A. Servicios al Miembro	3
B. Su coordinador de atención médica.....	6
C. MI Options.....	8
D. Organización para la mejora de la calidad (QIO).....	9
E. Medicare	10
F. Michigan Medicaid.....	12
G. Defensor de la Comunidad, Hogar y Salud de MI (MI CHHO).....	13
H. Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo de Michigan (MLTCOP)	14
I. Programas que ayudan a pagar medicamentos	15
I1. Ayuda Adicional de Medicare.....	15
J. Seguro Social.....	17
K. Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....	18
L. Otros recursos.....	19

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritsavipcare.com/mi.



A. Servicios al Miembro

TELÉFONO	<p>1-844-964-4433. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Todos los días de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Fuera del horario laboral, los fines de semana y los feriados federales, es posible que se le solicite dejar un mensaje. Su llamada será devuelta el próximo día hábil.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Todos los días de 8 a. m. a 8 p. m.</p>
FAX	1-866-319-5225
CORREO POSTAL	<p>AmeriHealth Caritas VIP Care P.O. Box 7075 London, KY 40742-7075</p>
SITIO WEB	www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi

Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - Sus beneficios y servicios cubiertos
 - El monto que pagamos por sus servicios médicos.
 - Llámenos si tiene preguntas respecto de una decisión de cobertura sobre su atención médica.
 - Para saber más sobre decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con la decisión.
 - Para saber más sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o comuníquese con Servicios al Miembro.
- Quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluidos los proveedores fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentarnos una queja a nosotros o a la Organización para la mejora de la calidad (QIO) sobre la calidad de la atención recibida (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicarnos el motivo de su queja al 1-844-964-4433 (TTY 711).
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura respecto de su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario digital en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Comuníquese con el Defensor de la Comunidad, Hogar y Salud de MI (MI CHHO) para que lo ayuden con su queja. Para contactarse con el MI CHHO, llame al 1-800-746-6456 o visite www.meji.org/contact-meji.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja respecto de su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - Sus beneficios y medicamentos cubiertos ●
 - La cantidad que pagamos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare y a los medicamentos cubiertos por Michigan Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritsavipcare.com/mi.

- Para obtener más información sobre decisiones de cobertura de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye quejas sobre sus medicamentos.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura respecto de sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario digital en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Pagos por atención médica o medicamentos que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos una parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.



B. Su coordinador de atención médica

Un coordinador de atención es un profesional de la salud que lo ayudará a recibir la atención y los servicios que afectan su salud y bienestar. Le asignamos un coordinador de atención cuando se inscribe en AmeriHealth Caritas VIP Care. Su coordinador de atención tendrá la oportunidad conocerlo y de trabajar con usted, sus médicos y otros cuidadores para asegurarse de que todo funcione correctamente para usted. Puede compartir su historia clínica con su coordinador de atención y establecer objetivos para llevar una vida saludable. Siempre que tenga una pregunta o un problema relacionado con su salud, los servicios o la atención que recibe de nosotros, puede llamar a su coordinador de atención. Su coordinador de atención es la persona a la que debe acudir si necesita algo relacionado con AmeriHealth Caritas VIP Care.

Nuestro objetivo en AmeriHealth Caritas VIP Care es satisfacer sus necesidades de manera que funcione para usted. Es por esto que decimos que nuestro programa está “centrado en la persona”. El proceso de planificación centrado en la persona se implementa cuando usted trabaja con su coordinador de atención para crear un plan de atención que se trate de sus objetivos, elecciones y capacidades. Cuando cree su plan de atención, podrá hacer participar a las personas que considere esenciales para su éxito, como familiares, amigos o representantes legales.

Para contactar o cambiar a su coordinador de atención, llame a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care al número que aparece al final de la página. Cuando se inscribe en el plan, automáticamente le asignan un coordinador de atención. Su coordinador de atención lo llamará.

TELÉFONO	<p>1-844-964-4433. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritsavipcare.com/mi.



CORREO POSTAL	AmeriHealth Caritas VIP Care P.O. Box 7075 London, KY 40742-7075
SITIO WEB	www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre su atención médica.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (problemas de salud mental y por consumo de sustancias tóxicas).
- Preguntas sobre transporte.
- Se ofrecen muchos beneficios de LTSS a todos los miembros al plan según sea médicamente necesario. Si no es participante de la exención, puede recibir ciertos beneficios a través de AmeriHealth Caritas VIP Care en caso de ser médicamente necesarios.
- A veces, puede obtener ayuda con su atención médica diaria y sus necesidades de vida. Es posible que pueda obtener estos servicios:
 - Atención de enfermería especializada.
 - Fisioterapia.
 - Terapia ocupacional.
 - Terapia del habla.
 - Servicios de cuidado personal.
 - Atención médica domiciliaria.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritsavipcare.com/mi.



C. MI Options

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados y ofrece asistencia, información y respuestas a sus preguntas relativas a Medicare de forma gratuita. En Michigan, el SHIP se llama MI Options.

MI Options es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan médico) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

TELÉFONO	1-800-803-7174 De lunes a viernes (excepto feriados) de 8 a. m. a 7 p. m. (hora del Este).
TTY	1-888-263-5897 Este número es para personas que tienen dificultades de audición o habla. Necesita un equipo telefónico especial para poder utilizarlo.
CORREO POSTAL	6105 St. Joe Hwy #204 Lansing Charter Township, MI 48917
SITIO WEB	https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports [michigan.gov].

Comuníquese con MI Options para obtener ayuda con:

- Dudas acerca de Medicare
- Los asesores de MI Options pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - Entender sus derechos,
 - Comprender sus opciones de planes,
 - Responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan,
 - Presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento **y**
 - Solucionar problemas con sus facturas.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritsavipcare.com/mi.



D. Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Nuestro estado utiliza una organización llamada Commence Health para mejorar la calidad. Esta organización consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

TELÉFONO	1-888-524-9900 De lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m. (hora local). Sábados, domingos y feriados de 10 a. m. a 4 p. m. (hora local). Esta llamada es gratuita.
TTY	La QIO utiliza un número de TTY directo. El número para TTY es 1-888-985-8775. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Necesita un equipo telefónico especial para poder llamar.
CORREO POSTAL	Commence Health 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://www.livantaqio.cms.gov/en

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica
- Quejas sobre atención recibida si:
 - Tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir una medicación incorrecta, estudios o procedimientos innecesarios o diagnósticos incorrectos;
 - Cree que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto
 - Cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están terminando demasiado pronto.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritsavipcare.com/mi.



E. Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Necesita un equipo telefónico especial para poder llamar.
CHAT EN VIVO	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
CORREO POSTAL	Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	www.medicare.gov <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su zona, con los costos y servicios que incluyen. • Encuentre médicos u otros proveedores y prestadores de atención médica de Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluso servicios preventivos (como estudios, inyecciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelación de Medicare.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritsavipcare.com/mi.



- Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de atención para enfermos terminales, institutos de rehabilitación con internación y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Para presentar una queja en Medicare, visite

www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.



F. Michigan Medicaid

Michigan Medicaid ayuda con los costos médicos y de servicios y apoyos a largo plazo para personas de bajos ingresos y recursos.

Usted está afiliado a Medicare y a Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la Línea de ayuda para beneficiarios al: 1-800-642-3195 o visite www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support.

TELÉFONO	Línea de ayuda para beneficiarios 1-800-642-3195 de lunes a viernes (excepto feriados) de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
TTY	1-866-501-5656. Este número es para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Necesita un equipo telefónico especial para poder llamar.
CORREO POSTAL	400 S. Pine St. 5 th Floor Lansing, MI 48933
CORREO ELECTRÓNICO	beneficiariesupport@michigan.gov
SITIO WEB	www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan determina la elegibilidad para Michigan Medicaid. Si tiene preguntas sobre si reúne los requisitos para afiliarse o sobre la renovación anual de Michigan Medicaid, comuníquese con su especialista del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para consultas generales sobre los programas de asistencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos, llame al 1-800-642-3195 de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritsavipcare.com/mi.

G. Defensor de la Comunidad, Hogar y Salud de MI (MI CHHO)

El Defensor de la Comunidad, Hogar y Salud de MI (MI CHHO) se encarga de abogar a favor de sus intereses. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarlo a entender qué hacer. El MI CHHO también lo ayuda a resolver problemas relativos a servicios o a facturación. No está conectado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Estos servicios son gratuitos.

TELÉFONO	1-888-746-6456
CORREO POSTAL	15851 S. US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
CORREO ELECTRÓNICO	help@MHLO.org
SITIO WEB	https://mltcop.org/



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritsavipcare.com/mi.

H. Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo de Michigan (MLTCOP)

El MLTCOP ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

El Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo de Michigan (MLTCOP) no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

TELÉFONO	517-827-8040.
CORREO POSTAL	MLTCOP - MEJI 15851 S. US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
CORREO ELECTRÓNICO	MLTCOP@meji.org
SITIO WEB	www.mltcop.org/



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritsavipcare.com/mi.

I. Programas que ayudan a pagar medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) contiene información sobre cómo reducir el costo de los medicamentos. Para las personas de bajos ingresos, hay además otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

I1. Ayuda Adicional de Medicare

Dado que usted cumple con los requisitos de Medicaid, puede recibir y está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos. No necesita hacer nada para conseguir esta “Ayuda Adicional”.

TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Necesita un equipo telefónico especial para poder llamar.
SITIO WEB	www.medicare.gov

Si considera que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarlo a verificar el monto correcto de su copago. Si ya cuenta con evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a enviarnos esta evidencia.

Comuníquese con Servicios al Miembro para solicitar ayuda o para enviar uno de los siguientes documentos a fin de establecer el nivel correcto de su copago. Tenga en cuenta que todos los documentos enumerados a continuación deben demostrar que usted cumplía con los requisitos de Medicaid durante un mes posterior a junio del año anterior.

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre, fecha de aptitud y nivel de condición;
- Un informe del contacto que incluya la fecha en que se realizó la llamada de verificación a la Oficina de Medicaid, y el nombre, cargo y número de teléfono del miembro del personal del estado que verificó el nivel de beneficio de Medicaid de la condición de Medicaid;
- Una copia de un documento del estado que confirme la condición activa;

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritsavipcare.com/mi.



- Una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado de Medicaid;
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid que muestren su condición ante Medicaid;
- Otra documentación provista por el Estado que muestre su condición ante Medicaid;
- Un aviso de otorgamiento de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) con fecha de entrada en vigencia; o
- Una carta de "Información importante" de la Administración del Seguro Social (SSA) que confirme que usted "es automáticamente elegible para recibir ayuda adicional".

Si usted es un miembro que está institucionalizado, brinde uno o más de los siguientes:

- Un remito de un centro médico de atención a largo plazo que muestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo;
 - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro médico de atención a largo plazo por un mes calendario completo a su nombre.
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid que muestre su permanencia en una institución durante al menos un mes calendario completo con fines de pago de Medicaid.
- Cuando recibamos pruebas que demuestren el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda realizar el copago correcto cuando retire el siguiente medicamento con receta. Si paga de más, le reembolsaremos el dinero mediante cheque o crédito para futuros copagos. Si la farmacia no le cobró un copago y usted tiene deuda, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página si tiene alguna pregunta.



J. Seguro Social

El Seguro Social determina los requisitos de Medicare y gestiona su afiliación a Medicare.

Es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo para informárselo.

TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Necesita un equipo telefónico especial para poder llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritsavipcare.com/mi.



K. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de cobertura integral para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene Medicare a través de la RRB, avíseles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de RRB, comuníquese con la agencia.

TELÉFONO	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Presione “0” para hablar con un representante de 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 m. los miércoles.</p> <p>Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada de RRB y recibir información grabada las 24 horas del día, incluso fines de semana y feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Necesita un equipo telefónico especial para poder llamar.</p> <p>Las llamadas a este número no son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>www.rrb.gov</p>



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritsavipcare.com/mi.

L. Otros recursos

El Estado de Michigan ofrece las herramientas de myHealthButton y myHealthPortal para los miembros actuales que estén afiliados al programa de Michigan Medicaid, Plan Healthy Michigan, MICHild y/o el programa de Servicios de Atención Médica Especial para Niños (CSHCS). La aplicación móvil myHealthButton es una aplicación en línea a la que se puede acceder desde cualquier dispositivo con acceso a internet.

Les recomendamos a los miembros que accedan a las aplicaciones de forma periódica para aprovechar las funciones adicionales.

TELÉFONO	Línea de ayuda al beneficiario: 1-800-642-3195.
TTY	1-866-501-5656
Correo electrónico	myHealthButton@michigan.gov.
SITIO WEB	https://myhbclد.state.mi.us/myHBPublic/landing.action?request_locale=en

Cómo ponerse en contacto con la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas

La Línea de asesoramiento de enfermería 24/7 es un servicio gratuito que brinda acceso a enfermeros certificados que pueden responder sus preguntas sobre problemas de salud. La Línea de asesoramiento de enfermería 24/7 cuenta con enfermeros certificados y está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si no puede comunicarse con su proveedor de atención primaria (PCP) y cree que necesita atención de urgencia, puede llamar a la Línea de asesoramiento de enfermería 24/7. Un enfermero le ayudará a decidir si necesita ir al consultorio de su PCP, a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias de su zona.

TELÉFONO	<p>1-855-843-1145. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
-----------------	--

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritsavipcare.com/mi.



TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>
------------	--

Cómo comunicarse con la Línea de información general sobre salud general y salud del comportamiento y con la Línea de crisis de salud del comportamiento

La cobertura de salud del comportamiento estará disponible para los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care a través de la red local de proveedores del Plan de salud prepago para pacientes internados (PIHP). Los miembros que reciben servicios a través del PIHP seguirán obteniéndolos de acuerdo con su plan de atención. AmeriHealth Caritas VIP Care proporcionará los servicios de atención personal que anteriormente brindaba el programa de ayuda en el hogar del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS). Otros servicios de salud del comportamiento, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por uso de sustancias médicamente necesarios, incluida la psicoterapia o el asesoramiento (individual, familiar y grupal) cuando estén indicados, están disponibles y coordinados a través del plan de salud y el PIHP. No hay forma de equivocarse al solicitar o recibir estos servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de salud del comportamiento, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care. Si necesita asistencia inmediata o está sufriendo una crisis de salud del comportamiento, marque 988 para comunicarse con la Línea de prevención de suicidio y crisis o contáctese con uno de los recursos enumerados a continuación para casos de crisis.

Línea de información general sobre salud del comportamiento para el condado de Macomb:

TELÉFONO	<p>1-855-996-2264. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a. m. a 8:30 p. m.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:45 p. m.</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritsavipcare.com/mi.



Línea de información general sobre salud del comportamiento del condado de Wayne:

TELÉFONO	<p>1-800-241-4949 Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-800-630-1044 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Necesita un equipo telefónico especial para poder llamar.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.</p>

Línea de crisis de salud del comportamiento del condado de Macomb

TELÉFONO	<p>1-586-307-9100.</p> <p>Las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711.</p> <p>Las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritsavipcare.com/mi.

Línea de crisis de salud del comportamiento del condado de Wayne

TELÉFONO	1-800-241-4949. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los siete días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin cargo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritsavipcare.com/mi.

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y normas específicos que necesita conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos de nuestro plan. También contiene información sobre su coordinador de atención, sobre cómo recibir atención de distintos tipos de proveedores y en ciertas circunstancias especiales (como proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por nosotros y las normas para poseer equipos médicos duraderos (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores.....	3
B. Normas para obtener servicios cubiertos por nuestro plan.....	3
C. Su coordinador de atención	4
C1. Qué es un coordinador de atención.....	4
C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención.....	5
C3. Cómo cambiar de coordinador de atención.....	5
D. Atención de proveedores	5
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP).....	5
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	7
D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan	7
D4. Proveedores fuera de la red	8
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	9
F. Servicios de la salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias tóxicas).....	10
G. Cómo recibir atención autodirigida.....	10

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



G1. ¿Qué es la atención autodirigida?.....	10
G2. Quiénes pueden obtener atención autodirigida (por ejemplo, si está limitada a población exenta)	10
G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de atención personal (si corresponde).....	10
H. Servicios de transporte.....	11
I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, necesidad urgente o durante una catástrofe	12
I1. Atención en caso de emergencia médica	12
I2. Atención médica urgente.....	13
I3. Atención durante una catástrofe	14
J. Qué sucede si recibe directamente una factura por servicios cubiertos	15
J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre determinada prestación.....	15
K. Cobertura de servicios de atención médica en estudios de investigación clínica	15
K1. Definición de estudio de investigación clínica.....	15
K2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	16
K3. Más información sobre estudios de investigación clínica	16
L. Cobertura de servicios de atención médica en instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de la salud	17
L1. Definición de institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	17
L2. Atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	17
M. Equipos médicos duraderos (DME)	18
M1. DME como miembro de nuestro plan.....	18
M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare.....	18
M3. Cobertura de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan	19
M4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a otro plan de Medicare Advantage (MA).....	19

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** consisten en atención médica, apoyo y servicios a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud del comportamiento, medicamentos bajo receta y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son todos los servicios por los que paga nuestro plan. La atención médica, salud del comportamiento y LTSS se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*. Su cobertura de medicamentos bajo receta y de venta libre se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención y cuentan con un permiso del estado. Entre los proveedores se incluyen los hospitales, agencias de atención domiciliaria, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, servicios de salud del comportamiento, equipo médico y determinado LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores se comprometen a aceptar nuestro pago como pago total. Acordamos que estos proveedores le presten servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan a usted. Cuando utiliza un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener servicios cubiertos por nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Michigan Medicaid. Esto incluye salud del comportamiento y LTSS.

En general, nuestro plan paga por los servicios de atención médica, servicios cubiertos de salud del comportamiento y LTSS que reciba siempre que cumpla con nuestras normas. Estos son los requisitos para estar cubierto:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestro Cuadro de Beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que necesita servicios para evitar, diagnosticar o tratar su enfermedad o para mantener su estado actual de salud. Esto incluye la atención que le impide ingresar a un hospital o asilo de ancianos. También significa que los servicios, insumos o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



- Para recibir servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** que le brinda y controla su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
 - No necesita una derivación de su PCP en caso de atención médica de emergencia o atención urgente necesaria ni para visitar a un proveedor de salud para la mujer. Puede recibir otros tipos de atención sin tener derivación de su PCP (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
- **Debe recibir atención médica de los proveedores de la red** (para más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). En general, no cubrimos atención de proveedores que no trabajen con nuestro plan de salud. Esto significa que deberá pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Sin embargo, hay algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - Cubrimos atención de emergencia o urgentemente necesaria de un proveedor por fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I** de este capítulo).
 - Si necesita atención cubierta por nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden prestarla, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red. El proveedor fuera de la red es responsable de obtener la autorización previa para servicios por fuera de la red. En este caso, cubrimos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo conseguir aprobación para utilizar un proveedor por fuera de la red, visite la **Sección D4** de este capítulo.
 - Cubrimos servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera de nuestra área de cobertura por un período corto de tiempo o su proveedor está temporalmente no disponible o inaccesible. En caso de ser posible, llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página antes de salir del área de cobertura para que podamos ayudarlo a organizar la diálisis de mantenimiento mientras esté de viaje.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Su coordinador de atención ayuda a establecer prioridades y a crear un enlace entre todos sus médicos, farmacias, atención de salud del comportamiento y apoyos y servicios de atención a largo plazo a través de su plan de salud. El coordinador de atención ayudará a garantizar que

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



sus médicos y otros proveedores trabajen en conjunto para satisfacer sus necesidades y respetar sus elecciones. El coordinador de atención lo conecta con apoyos y servicios que necesita para estar saludable y vivir donde desee. Esta persona lo asistirá con su plan de atención, responderá a sus preguntas, lo ayudará a solicitar turnos y servicios, le facilitará servicios de transporte, etc.

C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención

Puede comunicarse con su coordinador de atención llamando al 1-844-964-4433 o a servicios al miembro al 1-844-964-4433.

C3. Cómo cambiar de coordinador de atención

Puede solicitar el cambio de coordinador de atención en cualquier momento comunicándose con Servicios al miembro al 1-844-964-4433 (TTY 711).

D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un PCP que le brindará y administrará su atención médica.

Definición de PCP y qué hace el PCP por usted

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico que cumple con los requisitos de Medicare y del estado, y que está capacitado para brindarle atención médica básica.

Hay diferentes tipos de proveedores médicos que pueden actuar como PCP. Los PCP pueden ser enfermeros profesionales, auxiliares médicos o médicos certificados, o algún especialista que el miembro escoja. Por lo general, los PCP se especializan en medicina de familia, medicina general, medicina interna o geriatría. Los miembros del sexo femenino pueden escoger a un especialista en salud de la mujer como su PCP. Puede tener a un especialista como su PCP. Un especialista puede actuar como su PCP siempre que realice funciones de PCP. Esto nos permitirá asignárselo y pagar los reclamos de su PCP. Si quiere que su especialista sea su PCP, contacte a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro para solicitarlo.

Su PCP coordina los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Su PCP es parte de su equipo de atención. Su equipo de atención trabaja en conjunto para garantizar que su atención sea coordinada. Esto significa que su PCP debe conocer todos los medicamentos que usted toma para poder reducir los efectos adversos. Su PCP siempre le pedirá permiso antes de compartir su información médica con otros proveedores.

Las funciones del PCP son:

- Coordinar los servicios cubiertos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



- Tomar decisiones sobre autorizaciones previas (PA) u obtenerlas si corresponde.
- Para algunos tipos de servicios, es posible que su PCP tenga que conseguir antes una aprobación de AmeriHealth Caritas VIP Care (esto se denomina obtener “autorización previa”). En estos casos, su PCP deberá brindar información de su enfermedad y el plan de tratamiento propuesto para que AmeriHealth Caritas VIP Care determine si el servicio es médicamente necesario.
- Iniciar y monitorear las referencias médicas para servicios con especialistas cuando sea necesario.
- Participar en el equipo de atención integral (ICT) del miembro.

Una clínica de salud rural (RHC) o un centro de salud calificado a nivel federal (FQHC) que esté en nuestra red también puede ser su proveedor de atención primaria. Los miembros que sean indígenas de Estados Unidos o nativos de Alaska pueden elegir como PCP a un proveedor de servicios médicos para indígenas, centro o programa tribal o clínica urbana para indígenas (I/T/U).

Su elección de PCP

Elija al PCP que le resulte cómodo ver y tener para administrar todas sus necesidades médicas. Si no elige un PCP dentro de los primeros 90 días desde su afiliación, y AmeriHealth Caritas VIP Care intentó razonablemente ayudarlo pero sin éxito (por teléfono o por correo) para elegir un PCP, entonces AmeriHealth Caritas VIP Care le asignará uno y luego los notificará a usted y al PCP de la designación. Esta asignación de PCP no afectará de forma negativa ningún derecho de transición que usted pueda tener.

Opción para cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje de formar parte de la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP de nuestra red.

Deberá contactarse con su coordinador de atención o con Servicios al Miembro para cambiar de PCP. Llame a Servicios al Miembro al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o a su coordinador de atención de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.

El cambio se hará efectivo inmediatamente cuando recibamos su solicitud de cambiar de PCP.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas, por ejemplo:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden pacientes con enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con afecciones óseas, articulares o musculares.

Cuando necesite atención de proveedores especialistas, incluidos los servicios de atención domiciliar y de salud del comportamiento, deberá coordinar la atención con su PCP. Su PCP lo ayudará a seleccionar al proveedor de la red que corresponda y completará cualquier requisito necesario por usted. Si tiene alguna duda o inquietud, llame a su coordinador de atención para pedir ayuda. Para algunos servicios, es posible que su PCP o especialista deba obtener la aprobación anticipada de nuestro plan. Para algunos medicamentos, su médico u otro profesional que recete el medicamento primero deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de poder surtir la receta. Es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación necesaria. Esto se llama “autorización previa” (PA). En estos casos, se le solicitará a su PCP o especialista que brinde información sobre su afección y el plan de tratamiento propuesto para que el plan pueda determinar si el servicio es médicamente necesario. Consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección D para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

La elección de un PCP no lo limita a ciertos especialistas u hospitales específicos. No tenemos subredes o círculos de referencia. Deberá ver a especialistas que se encuentran nuestra red.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red al que usted acude deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, tenemos la obligación de darle acceso continuo a proveedores calificados.
- Le avisaremos que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo suficiente de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le daremos un aviso si tuvo alguna consulta con ese proveedor en los últimos tres años.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si alguno de los otros proveedores deja nuestro plan, le daremos un aviso si usted está asignado al proveedor, recibe atención de esa persona en ese momento o tuvo consultas en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor calificado de la red para que continúe gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está realizando un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que le sigan brindando el tratamiento o las terapias que sean médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción que tiene disponibles y las opciones de cambios de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado dentro de la red al que pueda acudir, tendremos que coordinar con un especialista fuera de la red para que le brinde la atención cuando no está disponible un proveedor de la red o no puede brindarle la atención médica que necesita. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que alguno de sus proveedores se está yendo de nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para que gestione su atención.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor idóneo o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar un reclamo por la calidad de atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), una queja por la calidad de la atención o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, la atención de un proveedor fuera de la red (que no forma parte de la red de nuestro plan) no está cubierta. Hay tres excepciones:

- El plan cubre la atención médica de emergencia o atención urgente prestada por un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué significan “atención de emergencia” o “atención urgente”, consulte la Sección I de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis de riñón que reciba en un centro médico de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área del plan.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid le exige a nuestro plan que cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red.

El proveedor fuera de la red es responsable de obtener la autorización previa para prestaciones por fuera de la red del plan. Para obtener una autorización previa, el proveedor fuera de la red debe comunicarse con el plan. Le pediremos al proveedor que nos proporcione información sobre su condición médica y el plan de tratamiento propuesto para que el plan pueda determinar si el servicio es médicamente necesario.

Si visita a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare o Michigan Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Michigan Medicaid.
- Si visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de las prestaciones que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los **servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)** son servicios que ayudan a las personas mayores y a las personas con discapacidad a satisfacer sus necesidades diarias para ayudarlos y mejorarles la calidad de vida. Los LTSS incluyen ayuda para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y del autocuidado, así como también apoyo para las tareas cotidianas, como lavar la ropa, hacer las compras y moverse. Los LTSS se brindan durante un período prolongado, en general a domicilio y en comunidades, pero también en hogares de ancianos y otras instituciones.

Los beneficios de LTSS se ofrecen a todos los miembros del plan según la necesidad médica. Como miembro, puede recibir beneficios de LTSS a través de AmeriHealth Caritas VIP Care si los servicios se consideran médicamente necesarios. Nuestros equipos de coordinación de apoyos y servicios realizan una evaluación a domicilio para determinar la necesidad médica. Si considera que necesita servicios de LTSS, puede hablar con su coordinador de atención sobre cómo acceder a ellos. Su coordinador de atención puede darle información sobre los recursos que el plan pone a su disposición. También puede contactarse con Servicios al Miembro al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



F. Servicios de la salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias tóxicas)

Hay varias formas de encontrar a un proveedor de salud conductual. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-844-964-4433 (TTY 711). La llamada es gratuita. Servicios al Miembro puede ayudarlo a encontrar a un profesional de la salud mental, como un psiquiatra u otro médico, que le proporcione servicios de salud mental cubiertos por Medicare.

También puede contactar a su coordinador de atención o buscar a un proveedor de salud del comportamiento en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. El Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP) ofrece servicios de salud del comportamiento de Medicaid para los miembros de nuestro plan. Busque “Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP)” en el directorio impreso o en el directorio de proveedores en línea.

Todos los servicios de salud del comportamiento de Medicaid y Medicare están cubiertos por su plan. Todos los servicios existentes de salud del comportamiento de Medicare y Medicaid se seguirán prestando para quienes estén recibiendo atención en este momento y se afilien a MICH. Hay determinados servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medicaid que son administrados por Planes de Salud Prepagos para Pacientes Hospitalizados (PIHPs) de Michigan, organizaciones que contrata el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan para la administración de servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medicaid. Todos los servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medicaid que no son administrados por PIHPs y todos los servicios de salud del comportamiento que están cubiertos por Medicare serán administrados por nosotros. Si tiene alguna pregunta sobre salud del comportamiento, comuníquese con su coordinador de atención.

G. Cómo recibir atención autodirigida

G1. ¿Qué es la atención autodirigida?

Usted tiene la opción de autodirigir sus servicios si reúne ciertos requisitos. En ese caso, controlaría un presupuesto y tiene el derecho de contratar y dirigir a los trabajadores de atención personal y otros proveedores.

G2. Quiénes pueden obtener atención autodirigida (por ejemplo, si está limitada a población exenta)

Su coordinación de atención trabajará con usted para determinar si puede obtener servicios autodirigidos.

G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de atención personal (si corresponde)

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Consulte con su coordinador de atención si cree que necesita servicios que pueden ser autodirigidos.

H. Servicios de transporte

AmeriHealth Caritas VIP Care cubre servicios de transporte médico que no sea urgencia. Se ofrecen servicios de transporte a todos los miembros que los necesiten para casos que no sean de urgencia, por ejemplo, para asistir a las citas con los médicos, ir a la farmacia o recibir terapia física. Para utilizar este beneficio, llame a Servicios al Miembro al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. También puede comunicarse con su coordinador de atención para que lo ayude a usar su cobertura de transporte. Los viajes deben ser programados con un mínimo de 24 horas de antelación, excepto en circunstancias especiales. Debería programar sus servicios de transporte inmediatamente después de coordinar una visita planificada con un médico. El transporte no se puede programar con más de 30 días de anticipación. Los miembros cuentan con viajes ilimitados a lugares aprobados por el plan.

También puede solicitar un reembolso según la distancia por viajes médicos que no hayan sido de urgencia. Para recibir más información sobre el reembolso según distancia, llame a Servicios al Miembro o comuníquese con su coordinador de atención. Para que le hagan un reembolso según distancia, usted debe:

1. Pedir que se organice un viaje de reembolso según distancia.
2. Llevar un formulario de reembolso según distancia a su cita. Su proveedor debe firmarlo.
3. Completar el resto del formulario. Asegúrese de poner la cantidad de millas para el reembolso.
4. Regresar el formulario a AmeriHealth Caritas VIP Care.

Podemos ayudarlo a trasladarse a sus citas médicas y, si cumple con ciertos requisitos, podemos ayudar con el transporte hacia otros lugares. Si necesita ayuda con el transporte, comuníquese con su coordinador de atención.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, necesidad urgente o durante una catástrofe

I1. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una condición médica que empeora rápido. La condición es tan grave que de no recibir atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en alguno de los siguientes casos:

- Riesgo grave para su vida y, en caso de estar embarazada, pérdida del embarazo; ○
- Pérdida o daños graves en sus funciones físicas; ○
- Pérdida de uno de los miembros o funcionalidad de uno de los miembros; ○
- En el caso de mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - Transferirla a otro hospital podría causar un riesgo para su salud o seguridad o la del feto.

Si tiene una urgencia médica:

- **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. **No** necesita aprobación ni derivación médica de su PCP. No tiene la obligación de usar un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios o en todo el mundo de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, aunque no sea parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, avísele a nuestro plan sobre su emergencia.** Hacemos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben informarnos sobre su atención médica de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Igualmente, no pagará por servicios de emergencia si se demora en informarnos. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Tenga en cuenta que Original Medicare en general no cubre atención médica, incluidos los servicios de emergencia, que se obtiene fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en riesgo su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte el Cuadro de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Los proveedores que brinden atención médica de emergencia deciden cuándo su afección está estable y finaliza la emergencia médica. Seguirán tratándolo y lo contactarán para organizar su atención en caso de que necesite control médico para mejorar.

Nuestro plan cubre atención médica de control. Si recibe atención médica de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se encarguen de su atención lo más pronto posible.

Recibir atención médica de emergencia cuando no era una emergencia

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Puede ocurrir que vaya por atención médica de emergencia y que el médico diga que en realidad no existe tal emergencia médica. Siempre y cuando usted haya creído razonablemente que su salud corría grave peligro, nosotros cubrimos la atención.

Sin embargo, si el médico dice que no se trataba de una emergencia, cubriremos su atención adicional solo en alguna de estas situaciones:

- Visita a un proveedor de la red **o**
- La atención adicional que recibe se considera “atención de necesidad urgente”, y cumple con las normas para este tipo de atención. Consulte la siguiente sección.

I2. Atención médica urgente

La atención necesaria de urgencia es la que recibe por una situación que no es una emergencia pero necesita atención inmediata. Por ejemplo, puede tener un brote de una enfermedad preexistente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención necesaria de urgencia dentro del área de cobertura de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención necesaria de urgencia solo si:

- Recibe la atención de un proveedor de la red **y**
- Sigue las demás normas descritas en este capítulo.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Si no puede o no es razonable acceder a un proveedor de la red por cuestiones de tiempo, lugar u otras circunstancias, cubrimos la atención médica urgente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si necesita atención urgente pero no está seguro de si se trata de una emergencia, llame primero a su PCP. Si no puede ponerse en contacto con su PCP, llame a la Línea de enfermería 24/7 al 1-855-843-1145 (**TTY 711**) todos los días a toda hora. Esta llamada es gratuita. Su PCP o un enfermero lo ayudará a decidir si necesita ir a una sala de emergencias, al consultorio del PCP o a un centro de atención urgente cercano.

Atención de necesidad urgente por fuera del área de cobertura del plan

Cuando esté fuera del área de cobertura, tal vez no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención de necesidad urgente que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las consultas a proveedores de rutina médicamente necesarias, como chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente aunque esté fuera del área de cobertura del plan o la red de nuestro plan no se encuentre disponible temporalmente.

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia y atención urgente en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de necesidad urgente y el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. No está cubierto el transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país. No se cubren los tratamientos preprogramados y planificados (incluida la diálisis para una enfermedad en curso) y/o procedimientos opcionales.

I3. Atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted tendrá de todas formas derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir la asistencia necesaria durante una catástrofe declarada: www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Durante una catástrofe declarada, si no puede acceder a un proveedor de la red, puede recibir asistencia de un proveedor fuera de la red sin costo. Si no puede acceder a una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, puede obtener sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

J. Qué sucede si recibe directamente una factura por servicios cubiertos

Si un proveedor le envía una factura en vez de enviarla a nuestro plan, puede pedirnos que paguemos la factura. Si pagó por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer.

Usted no debería pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle el pago.

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre determinada prestación

Nuestro plan cubre todas las prestaciones:

- Que son consideradas médicamente necesarias y
- Que están enumeradas en el Cuadro de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*) y
- Que recibe en cumplimiento de las normas del plan.

Si recibe prestaciones que no están cubiertas por nuestro plan, **deberá pagar el costo total por su cuenta.**

Si quiere saber si pagaremos por una prestación o atención médica, tiene derecho a pedirnoslo. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos por esas prestaciones, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* le explica qué hacer si quiere que el plan cubra una prestación o un producto médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios al Miembro para saber más sobre sus derechos de apelación.

Pagamos por algunas prestaciones hasta cierto límite. Si excede el límite, deberá pagar el costo total para recibir más prestaciones del mismo tipo. Consulte los límites específicos de cada cobertura en el **Capítulo 4**. Llame a Servicios al Miembro para conocer los límites de cobertura y para saber cuánto utilizó de su cobertura.

K. Cobertura de servicios de atención médica en estudios de investigación clínica

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es la forma en la cual los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

investigación clínica aprobado por Medicare suele solicitar voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir afiliado a nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita avisarnos ni obtener aprobación de nosotros ni de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** tienen que ser proveedores de la red. Esto no se aplica a beneficios cubiertos que requieran un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren estudios de cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y exención para dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios pueden también estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Le pedimos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica cubierto para miembros por Original Medicare, recomendamos que usted o su coordinador de atención se comunique con Servicios al Miembro para informarnos que formará parte de un ensayo clínico.

K2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece para participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará nada por las prestaciones cubiertas por el estudio. Medicare paga por los servicios cubiertos por el estudio al igual que por los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cubierta la mayoría de los servicios y productos que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- Alojamiento y comida para la internación que Medicare pagaría aunque no estuviera en un estudio.
- La operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones causados por la nueva atención.

Si forma parte de un estudio **no aprobado** por Medicare, deberá pagar todos los costos por participar en el estudio.

K3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, lea “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y estudios de investigación clínica) en el sitio



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.

web de Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. Cobertura de servicios de atención médica en instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de la salud

L1. Definición de institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o un centro especializado de enfermería. Si recibir atención en un hospital o centro especializado de enfermería va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud.

Este beneficio es solo para servicios hospitalarios de la Parte A de Medicare (servicios no médicos del cuidado de la salud).

L2. Atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que está en contra de recibir tratamientos médicos “no obligatorios”.

- La atención médica “no obligatoria” es toda atención o tratamiento médico **voluntario y no exigido** por la legislación federal, estadual o local.
- El tratamiento médico “obligatorio” es cualquier atención **no voluntaria que es requerida** por las leyes federales, estatales o locales.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:
 - Debe tener una enfermedad que le permita recibir servicios cubiertos de atención en un hospital o centro especializado de enfermería.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



- Debe obtener nuestra aprobación antes de ser internado en el centro; de lo contrario, su internación **no** estará cubierta.

Se aplican los límites de Medicare para cobertura de internación hospitalaria. Consulte la información sobre atención hospitalaria en el Cuadro de Beneficios del Capítulo 4 para obtener más información.

M. Equipos médicos duraderos (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

Los DME incluyen algunos insumos médicamente necesarios adquiridos por el proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de cama eléctrica, insumos para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será el propietario de ciertos productos considerados equipos médicos duraderos, como las prótesis.

Otros tipos de DME se alquilan. Como miembro de nuestro plan, en general **no** será propietario de los DMEs alquilados, independientemente de por cuánto tiempo los alquile.

En ciertas situaciones específicas, le transferiremos la titularidad del DME. Llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra al final de la página para obtener más información.

Aunque tuviera el DME durante hasta 12 meses seguidos con Medicare antes de afiliarse a nuestro plan, **no** adquirirá el derecho de propiedad del equipo.

M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare

En el programa de Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser dueños luego de los 13 meses. En un plan de Medicare Advantage (MA), el plan puede definir la cantidad de meses durante los cuales se debe alquilar ciertos tipos de DME antes de adquirir la titularidad.

Deberá realizar 13 pagos seguidos bajo Original Medicare, o la cantidad de pagos consecutivos definidos por el plan de MA, para ser dueño del DME si:

- No pasó a ser el dueño del DME mientras estaba en nuestro plan **y**
- Deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare por fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o en un plan de MA.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Si realizó pagos por el DME por Original Medicare o un plan de MA antes de afiliarse a nuestro plan, **esos pagos efectuados a Original Medicare o a MA no cuentan para los pagos que debe hacer luego de abandonar nuestro plan.**

- Deberá realizar otros 13 pagos seguidos por Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos definidos por el plan de MA para ser dueño del DME.
- No hay excepciones a esta norma cuando regresa al plan de Original Medicare o MA.

M3. Cobertura de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si reúne los requisitos para obtener equipos de oxígeno cubiertos por Medicare, cubrimos:

- Alquiler de equipos de oxígeno.
- Entrega de oxígeno y suministros de oxígeno.
- Tubos y accesorios relacionados para la administración de oxígeno y suministros de oxígeno.
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Debe devolver los equipos de oxígeno cuando ya no tenga la necesidad médica de usarlos o si abandona nuestro plan.

M4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a otro plan de Medicare Advantage (MA)

Si tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno y **abandona nuestro plan para cambiarse a Original Medicare**, se los alquila a un proveedor por 36 meses. Los pagos mensuales del alquiler cubren los equipos de oxígeno y los suministros y servicios enumerados anteriormente.

Si todavía tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno **después de haberlos alquilado durante 36 meses**, su proveedor debe suministrar:

- Equipo de oxígeno, suministros y servicios durante 24 meses más.
- Equipo de oxígeno y suministros por hasta 5 años si tiene la necesidad médica de usarlos.

Si todavía tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno **al finalizar el periodo de 5 años**:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



- Su proveedor ya no está obligado a proporcionarlos y usted puede optar por conseguir equipos de remplazo mediante de otro proveedor.
- Inicia un periodo nuevo de 5 años.
- Alquilará con otro proveedor por 36 meses.
- Su proveedor debe proporcionarle los equipos de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años siempre y cuando siga teniendo la necesidad médica de usar equipos de oxígeno.

Si tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno y **abandona nuestro plan para cambiarse a un plan de MA**, el plan cubrirá como mínimo lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su plan de MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán los costos que le corresponderán a usted.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Introducción

Este capítulo brinda información sobre los servicios que cubre nuestro plan y sobre las restricciones o límites que se aplican a estos servicios. También menciona los beneficios que nuestro plan no cubre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) at 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Índice

A. Sus servicios cubiertos y gastos de bolsillo	3
B. Normas que evitan que los proveedores le cobren por servicios.....	3
C. Sobre el Cuadro de Beneficios de nuestro plan.....	3
D. El Cuadro de Beneficios de nuestro plan	6
E. Cobertura por fuera de nuestro plan	74
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Michigan Medicaid.....	75



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

A. Sus servicios cubiertos y gastos de bolsillo

Este capítulo le brinda información sobre los servicios cubiertos por nuestro plan. También puede conocer qué servicios no están cubiertos. La información sobre la cobertura de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*. En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.

Como recibe asistencia de Michigan Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos siempre que siga las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más detalles sobre las normas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para comprender cuáles son los servicios que están cubiertos, llame a Servicios al Miembro al 1-844-964-4433 (TTY 711).

B. Normas que evitan que los proveedores le cobren por servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cobro del proveedor. Esto se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Usted nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto sucede, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* o llame a Servicios al Miembro.

C. Sobre el Cuadro de Beneficios de nuestro plan

El Cuadro de Beneficios indica los servicios que cubre nuestro plan. Enumera los servicios por orden alfabético y los explica.

Nosotros pagamos por los servicios indicados en el Cuadro de Beneficios cuando se cumplen las siguientes normas.

- Prestamos servicios cubiertos por Medicare y Michigan Medicaid según las normas establecidas por Medicare y Michigan Medicaid.
- Los servicios (*incluidos los servicios de atención médica, salud del comportamiento y abuso de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos*) deben ser “*médicamente necesarios*”. Médicamente necesarios quiere decir que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado actual de salud. Esto incluye atención que evita una internación en un hospital o centro de enfermería. También significa

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



que los servicios, insumos o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.

- Para miembros nuevos, durante los primeros 90 días es posible que no le exijamos obtener aprobación previa para un tratamiento en curso, aunque el tratamiento fuera por un servicio que comenzó con un proveedor por fuera de la red.
- Usted recibe la atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor por fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una atención de emergencia o una atención necesaria de urgencia o que su plan o un proveedor de la red lo haya derivado. En el Capítulo 3 de este Manual del Miembro hay más información sobre cómo utilizar proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brinda y está a cargo de su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red recibe primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa. Marcamos los servicios cubiertos en el Cuadro de Beneficios que necesitan autorización previa con un asterisco (*):
- Si su plan aprueba una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en su atención sobre la base de los criterios de cobertura, sus antecedentes médicos y las recomendaciones del médico tratante.

Información importante sobre los beneficios para miembros con ciertas enfermedades crónicas

- Si tiene alguna de las enfermedades crónicas enumeradas a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, tal vez pueda recibir beneficios adicionales.
 - Enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes, enfermedad gastrointestinal crónica (solamente con cobertura para enfermedad hepática en etapa terminal), enfermedades pulmonares crónicas (solamente con cobertura para enfermedad pulmonar obstructiva crónica), insuficiencia cardíaca congestiva, conectivopatías, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y derrame cerebral.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.




- La afección debe suponer una amenaza para la vida o limitar en gran medida la salud o función del miembro. El miembro tener riesgo alto de internación u otros resultados negativos en la salud. El miembro debe requerir coordinación de cuidados intensivos. El plan revisará criterios objetivos para determinar si el miembro cumple con los requisitos. Para más información o para comprobar si reúne los requisitos, los miembros deberán comunicarse con el plan.
- Para saber más, consulte la fila de “Ayuda con ciertas enfermedades crónicas” en el Cuadro de Beneficios.
- Comuníquese con nosotros si necesita más información.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍏 muestra los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios.




Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

D. El Cuadro de Beneficios de nuestro plan

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 <p>Examen para la detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos por una única ecografía para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una derivación de su médico, auxiliar médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
<p>Acupuntura</p> <p>Pagamos hasta 12 turnos de acupuntura en 90 días si tiene dolor crónico en la parte baja de la espalda, es decir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que dura 12 semanas o más; • No específico (que no tenga una causa sistémica que pueda ser identificada, como por ejemplo, que no esté asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas); • No asociado con una operación; y • No asociado con un embarazo. <p>Además, pagamos por ocho sesiones más de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda si tiene mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura por año para dolor crónico en la parte baja de la espalda.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben ser suspendidos si no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos para los proveedores:</p> <p>Los médicos (según la definición de 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley) pueden ofrecer acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0


Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Acupuntura (continuación)</p> <p>Los asistentes médicos (PA), los enfermeros profesionales (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden realizar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y cuentan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM), y • Licencia actualizada, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en el estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que realiza acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, tal como lo requieren nuestros reglamentos en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p> Detección y asesoramiento por abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol en adultos que consumen alcohol en exceso pero que no son alcohólicos. Esto incluye a mujeres embarazadas.</p> <p>Si el resultado del examen por abuso de alcohol es positivo, podrá recibir hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento una vez al año (si está dispuesto y atento durante las sesiones) con un proveedor de atención primaria o profesional médico idóneo en un entorno de atención primaria.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios cubiertos de ambulancia, ya sea por situaciones de emergencia o sin emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano donde puedan darle atención.</p> <p>Su afección médica debe ser tan grave que las otras formas de traslado hacia el lugar de atención pondrían en riesgo su salud o su vida.</p> <p>Los servicios de ambulancia para otros casos (sin emergencia) deben ser aprobados por nosotros. Para los casos que no sean de emergencia, es posible que paguemos por el servicio de una ambulancia. Su afección médica debe ser tan grave que las otras formas de traslado hacia el lugar de atención pondrían en riesgo su vida o su salud.</p> <p><i>*Es posible que se requiera autorización previa para servicios prestados por Medicare de ambulancia terrestre y aérea en casos sin emergencia</i></p>	*\$0
<p> Visita anual de rutina</p> <p>Puede realizarse un chequeo anual. Este chequeo tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo según sus factores de riesgo actuales. Cubrimos este chequeo una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de rutina no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de Bienvenida a Medicare para tener cobertura de las visitas anuales de rutina después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	<p>Medición de la masa ósea</p> <p>Cubrimos ciertos procedimientos para los miembros que cumplan con los requisitos (en general, personas con riesgo de perder masa ósea o riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran si hay pérdida ósea o determinan la calidad de los huesos.</p> <p>Cubrimos los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia en caso de necesidad médica. También le pagamos a un médico para que estudie y comente los resultados.</p>	\$0
	<p>Análisis de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes médicos de mamas una vez cada 24 meses. 	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>Cubrimos servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios físicos, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones y contar con una orden de un médico.</p> <p>También cubrimos programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los normales.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*


Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 <p>Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)</p> <p>Pagamos por una visita al año, o más en caso de necesidad médica, a su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas. Durante la visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablarle sobre el uso de aspirina, • Medir su presión arterial y/o • Darle consejos sobre buena alimentación. 	\$0
 <p>Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>Pagamos por análisis de sangre cada cinco años (60 meses) para saber si tiene enfermedades cardiovasculares. Estos análisis de sangre también detectan defectos por alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	\$0
 <p>Análisis de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: citologías vaginales y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para las mujeres con riesgo alto de contraer cáncer de cuello uterino o vaginal: una citología vaginal cada 12 meses. • Para mujeres que hayan tenido una citología vaginal con resultados anómalos dentro de los últimos tres años y estén en edad de procrear: una citología vaginal cada 12 meses. 	\$0

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de columna vertebral para corregir la alineación. <p>El plan brinda 12 visitas de rutina por año.</p>	<p>\$0 por atención de rutina</p>
<p>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico</p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios incluyen evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planeamiento de la atención.</p>	<p>\$0</p> <p>Los costos compartidos de este servicio pueden variar sobre la base de los servicios individuales prestados durante el curso del tratamiento.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes sin riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes sin riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes con riesgo alto después de una colonoscopia de detección previa. • Se cubre una colonografía tomográfica computarizada para pacientes de 45 años o más sin riesgo alto de cáncer colorrectal si pasaron al menos 59 meses desde el mes de la última colonografía tomográfica computarizada o si pasaron 47 meses desde el mes de la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia. Para pacientes con riesgo alto de cáncer colorrectal, es posible que se pague por una colonografía tomográfica computarizada al menos 23 meses después del mes de la última colonografía tomográfica computarizada o colonoscopia. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Prueba de detección del cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin riesgo alto después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia. Una vez cada 48 meses para pacientes con riesgo alto a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía tomográfica computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de control después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare muestre un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia programada que incluye la extracción de tejido u otra sustancia u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de esa prueba y en el mismo hallazgo clínico. 	

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de trabajadores de salud comunitarios (CHW)</p> <p>Los CHW son proveedores de salud pública sin licencia que facilitan el acceso a los servicios médicos y sociales que los miembros necesitan. Los servicios de CHW se centran en la prevención de enfermedades, discapacidades y otras afecciones crónicas o su progresión y en la promoción de salud física y mental. Los servicios de CHW deben ser recomendados por un proveedor certificado.</p> <p>Los miembros que se encuentran en las siguientes situaciones pueden obtener servicios de CHW:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de una o varias enfermedades crónicas, incluidos los trastornos de salud del comportamiento; • Sospecha o pruebas documentadas de incapacidad para satisfacer necesidades sociales relacionadas con la salud; o • Embarazo y posparto. 	\$0
<p>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco pero no tiene señales o síntomas de tener una enfermedad relacionada con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubrirá dos sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses para que deje de fumar como servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales. <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubrirá dos sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses para que deje de consumir tabaco. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales. <p>El plan brinda 4 sesiones más de asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios dentales</p> <p>AmeriHealth Caritas VIP Care pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y evaluaciones una vez cada seis meses. • La limpieza está cubierta una vez cada seis meses. • Se cubre un máximo de seis aplicaciones en total para el tratamiento con fluoruro diamino de plata. • Radiografías. <ul style="list-style-type: none"> ○ Las radiografías interproximales están cubiertas una vez cada 12 meses. ○ Se cubre una radiografía panorámica una vez cada cinco años. ○ Se cubre una radiografía de boca completa o serie completa una vez cada cinco años. • Empastes. • Extracciones dentales. • Se cubren dentaduras postizas completas o parciales una vez cada cinco años. • Se cubren selladores una vez cada tres años en caso de cumplir con los requisitos. • Se cubre una restauración indirecta (coronas) una vez cada 5 años por diente en caso de cumplir con los requisitos. • Tratamiento de conducto/retratamiento de conducto previo. • Evaluación periodontal integral. • Detartraje dental en caso de inflamación. • Detartraje periodontal y alisado radicular. • Otros tratamientos de mantenimiento periodontal. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0*</p>


Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Cubrimos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integrante del tratamiento específico de la enfermedad principal de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de mandíbula luego de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación de tratamiento de radiación por cáncer de mandíbula o evaluaciones dentales previas a un trasplante de órganos.</p> <p>Odontología preventiva:</p> <p>Exámenes orales: 1 cada 6 meses. Limpieza: 1 cada 6 meses. Tratamiento con flúor: 1 cada 6 meses. Radiografías dentales: 1 radiografía de toda la boca y 1 radiografía panorámica cada 5 años. Hasta 6 radiografías interproximales o periapicales por año.</p> <p><u>Odontología integral:</u> <u>Hasta un límite total de \$5,000 por año para:</u></p> <p>Restauraciones menores (empastes).</p> <p>Se aplican límites a los servicios de endodoncia (1 por diente en toda la vida). Se requieren radiografías pre y postoperatorias*.</p> <p>Periodoncia: Se aplican límites al servicio. Detartraje y alisado radicular - 1 cada 24 meses por cuadrante. Desbridamiento una vez por año. Detartraje en caso de inflamación gingival una vez al año*.</p> <p>Dentaduras postizas (1 por arco cada 5 años)*.</p> <p>Reparación y alineación de dentadura postiza (1 por año)*.</p> <p>Servicios de implantes: Mini-implantes (solo arco inferior) y dentadura postiza sobre implantes (solo arco inferior) (1 cada 5 años)*. Los puentes fijos y todos los demás implantes dentales (excepto los mini-implantes) no están cubiertos.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Prostodoncia fija: coronas (1 cada 5 años por diente). No más de 4 por año calendario con no más de 2 coronas por arco por año*.</p> <p>Cirugía oral y maxilofacial*</p> <p>Extracciones (1 por diente en toda la vida)*.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	
<p> Examen para la detección de la depresión</p> <p>Cubrimos un examen por año para detectar depresión. El examen se debe hacer en un ámbito de atención primaria en donde usted pueda recibir tratamiento de control y/o derivaciones médicas.</p>	\$0
<p>Programa de prevención de la diabetes</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare y el Programa de Prevención de la Diabetes de Michigan:</p> <p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nuestro plan pagará por los servicios del MDPP para quienes reúnen los requisitos. El MDPP es un programa creado para ayudarlo a tener hábitos saludables. Ofrece capacitación práctica en estos aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cambios en la alimentación a largo plazo, ○ Aumento en la actividad física y ○ Formas de mantenerse después de bajar de peso y de tener un estilo de vida saludable. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0


Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Programa de prevención de la diabetes</p> <p>Programa de Prevención de la Diabetes de Michigan (MiDPP) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre 28 sesiones estructuradas de una hora para modificación de hábitos coordinadas por un Instructor en Estilo de Vida afiliado a Medicaid en asociación con un proveedor afiliado al MiDPP para los miembros con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sobrepeso u obesidad según Índice de Masa Corporal (IMC) y alguno de los siguientes: ○ Nivel elevado de glucosa en sangre según los estándares de los CDC para requisitos de nivel de glucosa en sangre. ○ Antecedentes de diabetes mellitus gestacional (DMG). ○ Puntaje de “riesgo alto” en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC. ○ Los miembros con diagnóstico previo de diabetes tipo 1 o tipo 2 y quienes estén actualmente embarazadas no pueden afiliarse al MiDPP. 	




Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 <p>Prueba de detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (que incluye análisis de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión). • Antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia). • Obesidad. • Antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en sangre. <p>En algunos casos, estas pruebas se pueden cubrir, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede cumplir con los requisitos para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p> Capacitación en autoadministración, servicios e insumos para la diabetes</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (incluso si no usan insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insumos para controlar los niveles de glucosa en sangre, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un monitor de glucosa en sangre. ○ Tiras reactivas para controlar la glucosa en sangre. ○ Lancetas y dispositivos para lancetas. ○ Preparados para el control de la glucosa para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tengan pie diabético grave, pagamos por lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (plantillas incluidas) con ajuste y dos pares adicionales de plantillas por año calendario ○ ○ Un par de zapatos de profundidad con ajuste y tres pares de plantillas por año (no incluye plantillas removibles que no estén hechas a medida ofrecidas con estos zapatos). • En algunos casos, pagamos por capacitación sobre tratamiento de la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro. <p>Los suministros y servicios para la diabetes se limitan a fabricantes específicos.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Copago de \$0 en las marcas comerciales preferidas.</p> <p>Coseguro del 20% para marcas no preferidas*.</p> <p>Coseguro del 20% para monitores continuos de glucosa (marcas preferidas y no preferidas)*.</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de doulas</p> <p>El plan cubrirá distintos tipos de servicios de doulas, que incluyen doulas comunitarias, prenatales y acompañantes durante el trabajo de parto, el parto y el posparto.</p> <p>El plan pagará por doce visitas en total durante los períodos prenatal y de posparto y una visita para acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto. Se pueden solicitar visitas adicionales.</p> <p>El acompañamiento de una doula durante el período perinatal puede incluir, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prenatales. • Servicios de trabajo de parto y parto. • Servicios de posparto. <p>Debe contar con una recomendación de un proveedor médico certificado para servicios de doula.</p>	<p>\$0</p>
<p>Equipos médicos duraderos (DME) e insumos relacionados</p> <p>Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual del Miembro</i> para ver la definición de “Equipo Médico Duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas. • Muletas. • Sistemas de cama eléctrica. • Insumos para diabéticos. • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar. • Bombas de infusión intravenosa (IV) y soporte. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0*</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos para el habla. • Equipos y suministros de oxígeno. • Nebulizadores. • Andadores. • Bastón común de mango curvo o de cuatro apoyos y repuestos. • Tracción cervical (para instalación sobre la puerta). • Estimulador óseo. • Equipos de diálisis. <p>También podrían cubrirse otros productos.</p> <p>Cubrimos todo DME médicamente necesario que normalmente esté cubierto por Medicare y Medicaid. Si nuestro proveedor en su zona no tiene alguna marca o fabricante en particular, podrá solicitarles que le hagan un pedido especialmente para usted.</p> <p>No tenemos fabricantes preferidos.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Productos de DME cubiertos por Medicare de más de \$750 por compra. • Productos de alquiler y de alquiler con opción a compra (prótesis y suministros médicos). • Compra de sillas de ruedas (eléctricas y manuales). • Accesorios para sillas de ruedas (componentes) independientemente del costo por artículo. • Suplementos para alimentación por sonda nasogástrica. 	

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>Atención de emergencia significa que los servicios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecidos por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y • Necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica puede ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. Esta condición es tan grave que de no recibir atención médica inmediata, cualquier persona con conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que provoque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo grave para su vida o la de su feto ◦ • Daños graves a sus funciones físicas ◦ • Pérdida de uno de los miembros o funcionalidad de uno de los miembros. • En el caso de mujeres embarazadas en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ◦ No hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto. ◦ Transferirla a otro hospital podría suponer un riesgo para su salud o seguridad o la del feto. <p>Límite combinado de \$50,000 (USD) al año para emergencias, servicios de atención de urgencia, servicios de ambulancia en caso de emergencia brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital por fuera de la red y necesita atención médica hospitalaria después de que su emergencia ha sido controlada, deberá trasladarse a un hospital de la red para que sigamos pagando por su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención médica hospitalaria solo si el plan aprueba su internación.</p>



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor –ya sea dentro o fuera de la red– para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen y tratamiento médico de planificación familiar. • Análisis de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (DCI/DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos). • Suministros para la planificación familiar con receta médica (condones, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón cervical). • Asesoría y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados. • Asesoramiento, análisis y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS). • Asesoramiento y análisis de VIH y SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • Anticoncepción permanente (debe ser mayor de 21 años para elegir este médico de planificación familiar y firmar un consentimiento federal de esterilización entre 30 y 180 días antes de la fecha de la operación). • Asesoramiento genético. <p>También cubrimos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe usar un proveedor de nuestra red para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de problemas de infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales de embarazo). <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del SIDA y otras afecciones médicas relacionadas con el VIH. • Pruebas genéticas. 	
<p>Ejercicio físico</p> <p>Silversneakers® es un beneficio de salud física sin cargo que incluye el acceso a los centros de actividad física participantes, recursos de bienestar en línea y clases de Silversneakers®.</p>	\$0
<p>Servicios grupales de atención prenatal</p> <p>El plan cubre servicios grupales de atención prenatal si tiene un embarazo de bajo riesgo que no requiere seguimiento individual. Le brindarán asesoramiento sobre temas de salud como preparación para el nacimiento, nutrición y ejercicio, manejo del estrés, lactancia, crianza y anticoncepción. Las sesiones grupales son coordinadas por un proveedor capacitado en cuidados de la salud y se realizan junto a otras personas en etapas similares del embarazo.</p> <p>El plan puede cubrir hasta 12 sesiones presenciales grupales en total por embarazo además de las visitas individuales de maternidad con el profesional. Tenga en cuenta que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sesión grupal se suma pero no sustituye la visita individual de control físico prenatal. • La sesión grupal dura 60 minutos como mínimo. • El tiempo de la sesión grupal queda registrado. <p>Una de las 12 sesiones grupales puede estar relacionada con la visita de posparto con el profesional.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios para la audición</p> <p>Cubrimos pruebas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas indican si necesita tratamiento médico. Se cubren como atención médica ambulatoria si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor idóneo.</p> <p>Para adultos mayores de 21 años, el plan cubre una evaluación y colocación de audífonos dos veces al año y paga por un audífono una vez cada cinco años. Se necesita derivación médica y autorización.</p> <p>Una prueba de audición de rutina y ajuste/evaluación de audífonos una vez por año.</p> <p>Cada compra de audífonos de la marca TruHearing incluye: Un año de visitas de control al proveedor para adaptación y ajustes. Tres visitas durante los 12 meses posteriores a la compra de un audífono de la marca TruHearing mientras el miembro siga afiliado al plan.</p> <p>Audífonos</p> <p>El plan cubre hasta \$2,500 a cuenta del costo de dos audífonos avanzados no implantables de marca TruHearing cada 3 años (límite de 1 audífono por oído).</p> <p>Luego del beneficio pagado por el plan, usted es responsable de los costos restantes*. Debe acudir a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio.</p> <p>La compra de audífonos incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primeros 12 meses de consultas de control al proveedor. • Período de prueba de 60 días. • Garantía ampliada de 3 años. • 80 baterías por audífono para modelos no recargables. <p>El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos de venta libre (OTC). • Moldes de oído. • Accesorios para audífonos. • Consultas adicionales con proveedores. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de audición (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baterías adicionales, baterías cuando se compra un audífono recargable. • Audífonos que no sean de la marca TruHearing. • Audífonos avanzados. • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdida y daño. • Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. • Por costos restantes se entiende cualquier cantidad que supere su asignación. 	


Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Ayuda con determinadas enfermedades crónicas</p> <p>Los miembros que cumplan con los requisitos para los Beneficios Complementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI) recibirán un crédito total para productos de venta libre y SSBCI de \$80 por trimestre en una tarjeta de débito emitida por el plan para ayudarlos con los gastos cotidianos. Este crédito se puede utilizar como ayuda para comprar alimentos saludables, solventar costos generales (por ejemplo gastos de alquiler, hipotecas, servicios) y control de plagas.</p> <p>Los miembros deben tener al menos una de las siguientes enfermedades crónicas para reunir los requisitos de los SSBCI:</p> <p>Enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes, enfermedad gastrointestinal crónica (solamente con cobertura para enfermedad hepática en etapa terminal), enfermedades pulmonares crónicas (solamente con cobertura para enfermedad pulmonar obstructiva crónica), insuficiencia cardíaca congestiva, conectivopatías, demencia, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y derrame cerebral.</p> <p>Además, la enfermedad debe suponer una amenaza para la vida o limitar en gran medida la salud o funcionalidad del miembro, el miembro debe tener riesgo alto de internación u otros resultados médicos adversos y debe necesitar coordinación de cuidados intensivos.</p> <p>El plan revisará criterios objetivos para determinar si el miembro cumple con los requisitos. Para más información o para comprobar si reúne los requisitos, los miembros deberán comunicarse con el plan.</p> <p>Todo saldo que no se haya utilizado al final de cada trimestre o al darse de baja del plan vence automáticamente.</p> <p>Los beneficios mencionados son parte del programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros reúnen los requisitos.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 <p>Prueba de detección del VIH</p> <p>Cubrimos un análisis de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soliciten un análisis de VIH o • Tengan un riesgo alto de infección por VIH. <p>Para las mujeres embarazadas, el plan cubre hasta tres análisis de VIH durante el embarazo.</p>	\$0
<p>Agencia para el cuidado médico domiciliario</p> <p>Antes de que pueda recibir los servicios médicos en el hogar, un médico debe decirnos que los necesita, y una agencia para el cuidado médico domiciliario debe prestar estos servicios. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa representa un gran esfuerzo.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de jornada parcial o intermitentes de enfermería especializada y de asistente para la salud en el hogar (para que los servicios de enfermería especializada y de asistencia médica estén cubiertos de acuerdo con el beneficio de atención médica en el hogar, el tiempo total debe ser de menor de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos e insumos médicos. • Asistencia médica a domicilio ofrecida con un servicio de enfermería. <p><i>*Se requiere autorización previa para servicios de terapia ocupacional, fisioterapia y terapias del habla y lenguaje.</i></p>	\$0*

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Dispositivos de seguridad y modificaciones en el hogar y el baño</p> <p>Los miembros recibirán una asignación anual de \$150 además de su tarjeta de débito emitida por el plan para ayudarlos con los costos de los dispositivos de seguridad en el hogar y el baño. Los dispositivos aprobados son: barras de apoyo y picaportes, antideslizantes para el piso, sillas de seguridad y dispositivos de adaptación para el baño.</p> <p>Los miembros pueden comprar a través del catálogo de venta libre o en establecimientos minoristas participantes.</p> <p>Todo saldo no utilizado vence automáticamente al final de cada año o al darse de baja del plan.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Terapia intravenosa a domicilio</p> <p>Nuestro plan paga por terapias intravenosas, que se definen como la administración de medicamentos o sustancias biológicas a través de las venas y bajo la piel en su hogar. Se necesita lo siguiente para llevar a cabo la terapia intravenosa en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • Equipos, como una bomba y • Suministros, como vías o un catéter. <p>Nuestro plan cubrirá servicios de terapia intravenosa a domicilio que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, que incluyen servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención; • Capacitación y educación del miembro si ya no vienen incluidas en el beneficio de DME; • Monitoreo remoto y • Servicios de control para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor idóneo de terapia de infusión en el hogar. <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Coseguro del 0% para medicamentos preferidos de la Parte B para quimioterapia/radiación*.</p> <p>20% para medicamentos no preferidos de la Parte B para quimioterapia/radiación*.</p> <p>Coseguro del 0% para otros medicamentos preferidos de la Parte B de Medicare. 20% para otros medicamentos no preferidos de la Parte B de Medicare*.</p>



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Tiene derecho a solicitar atención para enfermos terminales si su proveedor y el director de atención para enfermos terminales determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es de seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas certificados por Medicare para enfermos terminales en el área de cobertura del plan, incluidos los programas de nuestra propiedad, bajo nuestro control o en los que tenemos una participación económica.</p> <p>Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria <p>Para los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal que se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de atención para enfermos terminales por sus servicios y por los servicios de la Parte A o B que estén relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de atención para enfermos terminales, su proveedor de estos servicios le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>


Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención para enfermos terminales (continuación)</p> <p>Para servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Cubrimos los servicios aunque no se relacionen con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los medicamentos nunca son cubiertos por el plan de atención para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i>. <p>Nota: Si necesita atención que no es para enfermos terminales, llame a su coordinador de atención y/o a servicios al miembro para solicitar los servicios. La atención que no es para enfermos terminales es la que no está relacionada con su pronóstico terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consultas de atención para enfermos terminales (por única vez) para una persona que no ha optado por el beneficio de atención para enfermos terminales.</p>	



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 <p>Vacunas</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe/influenza, una por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza en caso de necesidad médica. • Vacunas contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer la enfermedad. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>Pagamos por otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 del <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención médica hospitalaria</p> <p>Incluye la internación del paciente agudo, internación para rehabilitación, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de internación. La internación comienza el día en que es formalmente admitido en el hospital por orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de internación.</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios no enumerados aquí en caso de necesidad médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada en caso de necesidad médica) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios comunes de enfermería • Costos de unidades de cuidados especiales como unidades de terapia intensiva o unidades coronarias • Medicamentos y fármacos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Insumos médicos y quirúrgicos que sean necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla • Servicios de internación por abuso de sustancias tóxicas • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y trasplantes intestinales y multiviscerales <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0*</p> <p>Deberá obtener aprobación de nuestro plan para obtener atención médica hospitalaria en un hospital fuera de la red una vez que su emergencia esté bajo control.</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención médica hospitalaria (continuación)</p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o por fuera del área de cobertura. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del área de atención para su comunidad. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del área de cobertura para nuestra comunidad y usted decide recibir el trasplante allí, nos ocuparemos o pagaremos los costos del viaje y alojamiento para usted y otra persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Servicios de un médico. <p>Nota: Para internarse en el hospital, su proveedor debe emitir una orden formal de internación en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere paciente “ambulatorio”. Si no sabe bien si es paciente internado o ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, consulte la hoja informativa de Medicare, <i>Cobertura hospitalaria de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Por internación o por estadía.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios hospitalarios en hospital psiquiátrico</p> <p>Cubriremos hasta 190 días de reserva de por vida para internación en un hospital psiquiátrico. Una vez que haya utilizado los 190 días de reserva de por vida, lo desafiliaremos del programa y sus servicios serán cubiertos directamente por Medicaid.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa</i></p>	<p>*\$0*</p>




Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios e insumos para tratar enfermedades renales</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar acerca del cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe estar en la etapa IV de una enfermedad renal crónica y su médico deberá derivarlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando esté temporalmente fuera del área de cobertura, como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual del Miembro</i>, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o accesible en ese momento. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación para hacerse diálisis usted mismo, que incluye capacitación para usted y otra persona que lo ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis. • Equipo e insumos para hacerse diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo a domicilio, como las visitas necesarias de personas capacitadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar, lo ayuden en casos de emergencia y revisen su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>La Parte B de Medicare cubre ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en este cuadro.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 <p>Análisis de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Nuestro plan cubre análisis de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años, y • Tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones conjuntas con su médico u otro proveedor idóneo y • Ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin síntomas de cáncer de pulmón, fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Luego del primer análisis de detección, nuestro plan cubre otro análisis por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor idóneo. Si el proveedor decide ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre análisis de detección de cáncer de pulmón, esa consulta debe cumplir con los requisitos de Medicare para tales consultas.</p>	\$0
<p>Comidas</p> <p>El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas por semana para miembros confinados en sus hogares que cumplan con los requisitos cada vez que reciban el alta de un centro de internación o establecimiento de enfermería especializada. Hasta 4 veces por año.</p> <p>Se necesita derivación médica.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal pero que no reciben diálisis. También se otorga posteriormente a un trasplante de riñón con orden del médico.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año durante el cual reciba servicios de terapia de nutrición mediante Medicare. Es posible que aprobemos servicios adicionales en caso de necesidad médica.</p> <p>Después de eso, cubrimos dos horas de servicios de asesoramiento personalizado por año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambia, podría recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Estos servicios deben estar recetados por un médico que deberá renovar la orden todos los años si usted necesita el tratamiento durante el siguiente año calendario. Es posible que aprobemos servicios adicionales en caso de necesidad médica.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que en general no se administra usted mismo y que son inyectados o administrados por vía intravenosa mientras lo atiende un médico o como paciente ambulatorio en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan. • La droga para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra de manera intravenosa. • Factores de coagulación que usted mismo inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores para trasplantes: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al recibir los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos por estos medicamentos si no puede salir de su casa, tiene una fractura que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted misma. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Coseguro del 0% para medicamentos preferidos de la Parte B para insulina. 20% o \$35, lo que sea menor, para medicamentos de la Parte B para insulina.</p> <p>Coseguro del 0% para otros medicamentos preferidos de la Parte B de Medicare. 20% para otros medicamentos no preferidos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Coseguro del 0% para medicamentos preferidos de la Parte B para quimioterapia/radiación. 20% para medicamentos no preferidos de la Parte B para quimioterapia/radiación*.</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona con instrucción adecuada (que podría ser usted, el paciente) los brinda bajo supervisión apropiada. ● Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible de forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. ● Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas utilizados como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa. ● Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. ● Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar. ● Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina (en caso de necesidad médica) y anestésicos tópicos. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si sufre de ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen[®], Procrit[®], Retacrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®], Darbepoetin Alfa[®], Mircera[®] o metoxipolietilenglicol-epoetina beta)*. ● Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. ● Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda). <p>También cubrimos algunas vacunas a través de la Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos a través de la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare.</p> <p>En el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> se explica nuestra cobertura de medicamentos. Contiene las normas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos bajo receta.</p> <p>El Capítulo 6 de este <i>Manual del Miembro</i> explica lo que debe pagar por sus medicamentos a través de nuestro plan.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa para radiación de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</i></p>	



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Transporte médico que no sea de emergencia</p> <p>El plan cubrirá los servicios de transporte hacia o desde sus citas médicas y la farmacia si se trata de un servicio cubierto. Los tipos de transporte que no son de emergencia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camioneta equipada para sillas de ruedas • Automóvil de servicio • Taxi <p>Viajes de ida ilimitados todos los años a lugares aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital).</p> <p>Pueden ser en automóvil, combi o camioneta según resulte más adecuado considerando la situación y las necesidades del miembro.</p> <p>Los viajes se deben programar con un mínimo de un día laboral de antelación, excepto en circunstancias especiales.</p> <p>El transporte solamente se autoriza hacia lugares aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital).</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención en un centro de enfermería</p> <p>Los centros de enfermería son lugares que brindan atención a personas que no pueden recibir atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.</p> <p>Los servicios que cubrimos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada en caso de necesidad médica). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. • Tratamiento respiratorio. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Insumos médicos y quirúrgicos que en general se suministran en centros de enfermería. • Análisis de laboratorio que en general se realizan en centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios radiológicos que en general se realizan en centros de enfermería. • Uso de dispositivos de asistencia, como sillas de ruedas, que normalmente se brindan en centros de enfermería. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0*</p> <p>Cuando sus ingresos superan una cantidad permitida, debe contribuir al pago del costo de su atención en el centro de enfermería. La cantidad permitida se basa en la situación de cada persona y se determina cuando la persona solicita asistencia con el pago de un centro de enfermería. Esta contribución, conocida como cantidad correspondiente al paciente (PPA), es obligatoria si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que no le corresponda pagar todos los meses.</p> <p>La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días en un centro de enfermería cubiertos por Medicare.</p>


Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención en un centro de enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos/profesionales médicos. • Equipos médicos duraderos. • Servicios odontológicos, incluso dentaduras postizas. • Cobertura oftalmológica. • Exámenes de audición. • Atención de quiropráctico. • Servicios de podología. <p>En general, recibirá atención en centros médicos de la red. Sin embargo, es posible que reciba atención en un centro médico fuera de nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o comunidad de asistencia continua para jubilados donde estaba viviendo inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un establecimiento de enfermería). • Un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho al momento de irse del hospital. • El hogar de ancianos donde vivía cuando se inscribió en AmeriHealth Caritas VIP Care. <p>Este servicio está destinado a ser asistencia no médica a largo plazo y no se superpone con la atención de un centro especializado de enfermería.</p> <p>Debe cumplir con los estándares de nivel de atención para centros de enfermería de Michigan Medicaid.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos		Lo que usted paga
	<p>Análisis y tratamiento de obesidad para mantener el peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Deberá recibir el asesoramiento en un lugar de atención primaria. De esa manera, podrá controlarlo con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0
	<p>Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides (OTP)</p> <p>Nuestro plan cubre los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (UOD) mediante un OTP que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos y, si corresponde, la entrega y administración de esos medicamentos. • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Análisis de detección de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (análisis toxicológicos). 	\$0

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Exámenes de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos como paciente ambulatorio</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y otros servicios no enumerados aquí en caso de necesidad médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Terapia de radiación (radio e isótopos) incluidos los materiales e insumos del técnico. • Insumos quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Análisis de diagnóstico fuera del laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones con orden del médico u otro proveedor de atención médica para tratar una enfermedad. • Otros análisis de diagnóstico como paciente ambulatorio. <p><i>*No todos los procedimientos, análisis y servicios de laboratorio ambulatorios para diagnóstico requerirán autorización. La mayoría de los servicios de laboratorio no requieren autorización previa. Algunos servicios de laboratorios especializados (por ejemplo, servicios de laboratorio para análisis genéticos) pueden requerir autorización previa. Pídale a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Observación en hospital para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos por servicios de observación en hospital para pacientes ambulatorios para determinar si necesita internación o puede ser dado de alta.</p> <p>Los servicios deben cumplir con los requisitos de Medicare y deben considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo con orden del médico o de otra persona autorizada por la legislación estadual y los estatutos del personal del hospital para internar pacientes en el hospital u ordenar análisis ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de internación por escrito, usted es paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, consulte la hoja informativa de Medicare, <i>Cobertura hospitalaria de Medicare</i>. La hoja informativa se encuentra en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en una sala de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de cirugía u observación. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación le ayudan a su médico a saber si usted necesita internación en el hospital. ○ A veces puede pasar una noche en el hospital y aun así ser considerado “paciente ambulatorio”. ○ Puede obtener más información respecto de ser paciente internado o ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital. • Atención en salud mental, incluso atención en un programa de internación parcial si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado sería necesario sin esa atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Insumos médicos, como férulas y yesos. • Algunos exámenes y servicios de atención médica preventiva del Cuadro de Beneficios. • Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo. <p>No todos los servicios ambulatorios de diagnóstico, terapéuticos, radiológicos y de radiografías requerirán autorización previa. La mayoría de los servicios de radiografía no requieren autorización previa.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa para algunos servicios especializados de radiografías. Pídale a su proveedor que llame al plan para confirmar si necesita autorización previa.</i></p>	

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios de la salud mental prestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Psiquiatras o médicos habilitados por el estado. ● Psicólogos clínicos. ● Trabajadores sociales clínicos. ● Enfermeros clínicos especializados. ● Consejeros profesionales habilitados (LPC). ● Terapeutas de matrimonio y familiares habilitados (LMFT). ● Enfermeros profesionales (NP). ● Asistentes médicos (PA). ● Otros profesionales de la salud mental certificados por Medicare, según lo permitan las leyes aplicables del estado. <p>Se brindan servicios de especialistas en salud del comportamiento a través de Planes regionales de Salud Prepagos para Pacientes Hospitalizados (PIHP) o Proveedores Comunitarios de Servicios de Salud Mental (CMHSP). Esto incluye atención en salud mental para pacientes ambulatorios.</p> <p>Si vive en los condados de Macomb o Wayne, el plan lo derivará al PIHP para este servicio.</p> <p>Consulte la Sección G de este capítulo para obtener más información.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios no enumerados aquí en caso de ser beneficios de Medicare o Medicaid no cubiertos por el PIHP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos. • Tratamiento de día. • Servicios de rehabilitación psicosocial. <p>El Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP) debe aprobar la internación para servicios especializados de la salud mental que no sean médicos.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio</p> <p>Cubrimos fisioterapia y terapia ocupacional y del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación del departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, de terapeutas independientes, de centros de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) y de otros centros médicos.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubriremos servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias tóxicas a través de la Parte B de Medicare. Para apoyos y servicios adicionales que sean necesarios más allá de lo que cubre la Parte B de Medicare, evaluaremos sus necesidades y lo derivaremos a sus Planes de Salud Prepagos para Pacientes Hospitalizados (PIHP) o al Proveedor Comunitario de Servicios de Salud Mental (CMHSP) de su localidad para atención y tratamiento. Esto incluye servicios ambulatorios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.</p> <p>Si vive en los condados de Macomb o Wayne, el plan lo derivará al PIHP para este servicio.</p> <p>Consulte la Sección G de este capítulo para obtener más información.</p> <p><i>*Es posible que necesite autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>
<p>Cirugía ambulatoria</p> <p>Pagamos por cirugía ambulatoria y servicios en centros médicos para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p> <p>Nota: Si le realizarán una cirugía en las instalaciones de un hospital, pregúntele a su proveedor si será paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden de internación por escrito, usted es paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios en centros quirúrgicos.</i></p>	<p>\$0*</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Hasta \$80 por trimestre para gastar en productos de venta libre que reúnan los requisitos, como vitaminas, analgésicos, remedios para el resfrío, etc. Los fondos se cargan todos los trimestres en una tarjeta de débito emitida por el plan.</p> <p>Los miembros pueden comprar a través del catálogo de venta libre o en establecimientos minoristas participantes. No hay límite en la cantidad de artículos o pedidos.</p> <p>Cualquier saldo no utilizado vence al final de cada trimestre o al darse de baja del plan.</p> <p>Si cumple con los requisitos de los SSBCI, puede solicitar un crédito trimestral de \$80 en productos de venta libre para ayudarlo a comprar alimentos saludables y a solventar los gastos generales (como alquiler, hipoteca, servicios) y control de plagas.</p> <p>Cualquier saldo no utilizado vence al final de cada trimestre o al darse de baja del plan.</p> <p>La naloxona se cubre como medicamentos de venta libre de la Parte C. La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) ofrecida no duplica ningún medicamento de venta libre o de la lista de medicamentos de la Parte D.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de internación parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La internación parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital o centro de salud mental comunitario que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado. Puede evitar que tenga que permanecer en el hospital.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud (mental) del comportamiento brindado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia pero menos intenso que la internación parcial.</p> <p>Cubriremos servicios de internación parcial y servicios ambulatorios intensivos según la cobertura de Medicare. Los apoyos y servicios que sean necesarios más allá de lo que cubre Medicare serán cubiertos directamente por Medicaid.</p> <p>Si vive en los condados de Macomb o Wayne, el plan lo derivará al PIHP para este servicio.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de atención personal</p> <p>El plan cubrirá la ayuda práctica que necesita para seguir viviendo en su hogar durante el mayor tiempo posible. Los servicios incluyen asistencia con actividades de la vida diaria (ADL), que son tareas como bañarse, comer, vestirse y usar el baño. Este servicio puede incluir actividades instrumentales de la vida cotidiana (IADL), pero solo cuando también se necesitan servicios para las actividades de la vida cotidiana (ADL). Las IADL incluyen cosas como ir de compras, lavar la ropa, preparar alimentos, recordarle que tome sus medicamentos y llevarlo a sus citas.</p> <p>Estos servicios son prestados por el plan y solo están disponibles para las personas que entran en la categoría de la exención del MICH 1915(c).</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
<p>Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios en lugares como: • Consultorios médicos. • Centro quirúrgicos certificados para pacientes ambulatorios. • Departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital. • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista si su médico los ordena para evaluar si necesita tratamiento médico. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0*



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.


Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telemedicina para consultas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros con diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital, hospital de acceso crítico o en el hogar. • Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral. • Servicios de telemedicina para miembros con trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente. • Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de enfermedades de salud mental, en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una consulta presencial dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta por telemedicina. ○ Tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios por telemedicina. ○ Pueden realizarse excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telemedicina para consultas de salud mental brindados por clínicas rurales de salud y centros de salud federalmente calificados. • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo, y ○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.




Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita disponible más próxima. ● Evaluación de un video y/o imágenes que usted le envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte del médico dentro de las 24 horas en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es paciente nuevo, y ○ La evaluación no está relacionada con una visita de consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita disponible más próxima. ● Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, por internet o por medio de una historia clínica electrónica si usted no es un paciente nuevo. ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una operación. <p><i>*Los servicios ambulatorios en hospital requieren autorización previa.</i></p>	



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de podología</p> <p>Pagamos por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos en martillo o espolón calcáneo). • Atención de rutina de los pies para miembros con enfermedades que afecten las piernas, como la diabetes. <p>El plan otorga 6 consultas de rutina por año para el cuidado de los pies.</p>	\$0
<p> Profilaxis preexposición (PrEP) para prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene riesgo elevado de contraer VIH, cubrimos medicamentos y servicios relacionados de profilaxis preexposición (PrEP).</p> <p>Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicación oral o inyectable de PrEP aprobada por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de inyectar la medicación. • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (que incluyen evaluación del riesgo de contraer VIH, reducción del riesgo de contraer VIH y cumplimiento con la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 análisis de VIH cada 12 meses. • Un análisis único de detección de hepatitis B. 	\$0


Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 <p>Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres a partir de los 50 años, pagamos los siguientes servicios cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de tacto rectal. • Un examen de antígeno prostático específico (PSA). 	\$0
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos e insumos relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan la totalidad o porción de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba, ajuste o capacitación respecto del uso de dispositivos protésicos y ortopédicos. • Bolsas de colostomía e insumos relacionados con el cuidado de una colostomía. • Marcapasos. • Aparatos de ortodoncia. • Zapatos ortopédicos. • Brazos y piernas artificiales. • Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía). <p>Cubrimos algunos insumos relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos. También pagamos por la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos.</p> <p>Ofrecemos cobertura parcial después de la extracción o cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado de la vista” más adelante en este cuadro para obtener más detalles.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa para prótesis e insumos médicos para alquiler y venta cubiertos por Medicare.</i></p>	\$0*


Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Cubrimos programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave. Deberá contar con una orden para rehabilitación pulmonar emitida por el médico o proveedor que trata la EPOC.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
<p> Análisis de detección del virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos un análisis de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica lo ordena y usted se encuentra en una de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene riesgo alto por el uso, actualmente o en el pasado, de drogas ilegales inyectables. • Tuvo una transfusión sanguínea antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera en riesgo alto, pagamos por un único análisis. Si tiene riesgo alto (por ejemplo, siguió usando drogas ilegales inyectables desde su anterior análisis negativo de hepatitis C), cubrimos análisis anuales.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 <p>Pruebas de detección y asesoramiento para tratar infecciones de transmisión sexual (ITS)</p> <p>Cubrimos análisis de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos análisis están cubiertos para mujeres embarazadas y algunas personas que tengan mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Un proveedor de atención primaria deberá ordenar los análisis. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones presenciales intensivas de asesoramiento de conducta una vez al año para adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cada sesión varía de 20 a 30 minutos de duración. Cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un ámbito de atención primaria, como en el consultorio de un médico.</p>	\$0
<p>Atención en un centro especializado de enfermería (SNF)</p> <p>Para ver la definición de centro especializado de enfermería, consulte el Capítulo 12.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada o privada en caso de necesidad médica. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0*


Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención en un centro especializado de enfermería (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que usted reciba como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Insumos médicos y quirúrgicos provistos por los SNF. • Análisis de laboratorio realizados en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos prestados en centros de enfermería. • Dispositivos de asistencia, como sillas de ruedas, que normalmente se brindan en los centros de enfermería. • Servicios de médicos y proveedores. <p>En general, recibirá atención del SNF en centros de la red. En determinadas circunstancias, es posible que reciba atención en un centro por fuera de nuestra red. Puede recibir atención en estos lugares si aceptan los montos que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando ofrezca la atención de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho al momento de dejar el hospital. <p>Dos estadías cubiertas por Medicare, por internación o por estadía.</p> <p>Período de prueba de 100 días.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Subsidio por costos de mantenimiento de un animal de servicio</p> <p>El plan pagará hasta \$20 mensuales por costos de mantenimiento de un animal de servicio si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted recibe servicios de atención personal, • Se ha certificado que usted es una persona discapacitada debido a una enfermedad específica definida por la Ley de Estadounidenses Discapacitados, como artritis, ceguera, parálisis cerebral, poliomielitis, esclerosis múltiple, sordera, derrame cerebral o lesión en la médula espinal, y • El animal de servicio está entrenado para cubrir necesidades específicas relacionadas con su discapacidad. • Su plan de servicio debe documentar que el animal de servicio se usará principalmente para cubrir sus necesidades de cuidado personal. 	\$0
<p> Programa para dejar de fumar y de usar tabaco</p> <p>Se cubre asesoramiento para dejar de fumar y usar tabaco para pacientes ambulatorios e internados que cumplan con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de tabaco, independientemente de presentar signos o síntomas de enfermedades causadas por el tabaco. • Capacidad y atención durante el asesoramiento. • El asesoramiento lo brinda un médico idóneo u otro profesional aceptado por Medicare. <p>Cubrimos dos intentos de dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año).</p> <p>Además de Medicare, el plan ofrece 4 visitas.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.




Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>Cubrimos SET para miembros con enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática.</p> <p>Nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET. • Conforme avanza el tiempo, otras 36 sesiones si el proveedor de atención médica las considera médicamente necesarias. <p>El programa de la SET deberá tener estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de ejercicio y entrenamiento terapéutico para EAP en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • En un entorno ambulatorio hospitalario o en el consultorio de un médico. • Ofrecido por personal idóneo que se asegure de que los beneficios superen el daño y que esté capacitado en terapias de ejercicio para EAP. • Bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermero profesional/especialista de enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas. <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Servicios de administración de casos dirigida (TCM)</p> <p>El plan pagará por servicios de TCM para los miembros que tengan necesidades de salud física o de salud del comportamiento crónicas o complejas y que fueron recientemente reclusos o estuvieron involuntariamente viviendo en una prisión o una cárcel de un condado.</p> <p>Los servicios de TCM ayudan a los miembros a tener acceso a servicios médicos, educativos, sociales y/o de otro tipo según sean apropiados. Los servicios de TCM incluyen evaluación, planeamiento, enlace, defensa, coordinación de atención, derivación, control y seguimiento de actividades (como educación y apoyos).</p>	\$0
<p>Transporte (sin emergencia)</p> <p>Viajes de ida ilimitados todos los años a lugares aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital). Puede ser en automóvil, combi o camioneta, según resulte más adecuado según la situación y las necesidades del miembro. Los viajes se deben programar con un mínimo de un día laboral de antelación, excepto en circunstancias especiales. El transporte solamente se autoriza hacia lugares aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital).</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Atención médica urgente</p> <p>La atención urgentemente necesaria trata lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una situación sin emergencia que requiere atención médica inmediata, o • Una enfermedad imprevista, o • Una lesión o • Una condición que necesita atención inmediata. <p>Si necesita atención urgentemente necesaria, deberá tratar de conseguirla primero de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores por fuera de la red si no puede acudir a un proveedor de la red ya que debido al tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o razonable obtener el servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de cobertura y necesita atención médica inmediata por una enfermedad imprevista pero sin emergencia médica).</p> <p>Límite total de \$50,000 (USD) por año para emergencias, servicios de atención de urgencia, servicios de emergencia en ambulancia brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	\$0
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Los exámenes de vista de rutina están cubiertos una vez cada dos años.</p> <p>El plan pagará el primer par de anteojos. Se ofrece un par de anteojos de reemplazo por año.</p> <p>El plan pagará lentes de contacto para las personas que tengan ciertas afecciones.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	Copago de \$0


Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
<p>Cuidado de la vista (continuación)</p> <p>El plan pagará por dispositivos básicos y esenciales para personas con visión deficiente (como telescopios, microscopios y ciertos dispositivos para corregir la visión deficiente).</p> <p>El plan cubrirá los servicios de un médico para pacientes ambulatorios por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen por año. Las personas con alto riesgo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes familiares de glaucoma • Personas con diabetes • Afroamericanos de 50 años o más • Hispanoamericanos de 65 años o más <p>Para diabéticos, cubrimos un análisis de retinopatía diabética por año.</p> <p>Pagamos por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular.</p> <p>Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, recibirá un par de anteojos después de cada cirugía. No podrá recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya recibido un par de anteojos después de la primera cirugía.</p> <p>El plan ofrece un monto total máximo de \$520 por año.</p> <p>Examen de vista de rutina, uno por año.</p> <p>Un par de lentes de contacto o anteojos (cristales y marco) por año.</p> <p>Debe recibir atención de un proveedor de la red. El plan solo cubrirá servicios de la vista si acude a un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar por la atención que recibe de proveedores por fuera de la red.</p>	

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 <p>Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>Cubrimos una única visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud. • Educación y asesoramiento sobre servicios preventivos que necesite (incluso análisis e inyecciones) y • Derivaciones médicas para otro tipo de atención en caso de ser necesario. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solamente durante los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando acuda a su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Exención de servicios de atención domiciliar y en la comunidad (HCBS) que nuestro plan paga	Lo que usted paga
<p>Equipos y suministros médicos de adaptación</p> <p>El plan cubre dispositivos, controles o aparatos que le permitan aumentar su capacidad de llevar a cabo actividades de la vida cotidiana o percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el que vive. Los servicios pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas/bancos para ducha • Sillas con asistencia para levantarse • Asientos de inodoro elevados • Alcanzadores • Abridores de tarros • Asientos de transferencia • Elevadores para baño/habitación • Discos de pivoteo • Ayudas para el baño, como estropajos con mango largo • Ayudas para el teléfono • Teléfonos o relojes que ayuden con recordatorios para los medicamentos • Ganchos para botones o tiradores de cremalleras • Utensilios modificados para comer • Elementos de higiene oral modificados • Elementos de aseo modificados • Almohadillas térmicas • Contenedores para objetos punzocortantes • Elementos para hacer ejercicio físico y otros artículos para terapias • Monitor de presión arterial con indicador de voz • Suplementos nutricionales como Ensure <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS) que nuestro plan paga	Lo que usted paga
<p>Programa de cuidados para adultos</p> <p>El plan cubre actividades diurnas estructuradas en un programa de cuidado y supervisión directa si cumple con los requisitos. Este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brinda atención personal y promueve bienestar social físico y emocional. 	\$0
<p>Tecnología asistencial</p> <p>El plan cubre artículos tecnológicos que se usan para aumentar, mantener o mejorar el funcionamiento y promover la independencia si cumple con los requisitos. Algunos ejemplos de los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevadores para camionetas • Controles de mano • Sistema computarizado de voz • Tableros de comunicación • Seguros de puerta activados por voz • Mecanismos eléctricos de puertas • Alarma especializada o intercomunicador • Dispositivo de marcado asistido 	\$0



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.

Exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS) que nuestro plan paga	Lo que usted paga
<p>Servicios de tareas domésticas</p> <p>Si cumple con los criterios, el plan cubre servicios necesarios para mantener su hogar limpio, higiénico y seguro. Ejemplos de los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completar quehaceres domésticos pesados (limpiar pisos, ventanas y paredes). • Fijar alfombras y azulejos sueltos. • Mover muebles pesados. • Cortar el césped, rastrillar y limpiar restos peligrosos como ramas y árboles caídos. <p>El plan puede cubrir los materiales y suministros descartables que se usen para completar los quehaceres domésticos.</p>	\$0
<p>Modificación ambiental</p> <p>Si cumple con los criterios, el plan cubre modificaciones para su hogar. Las modificaciones se deben diseñar de tal modo que se garantice su salud, seguridad y bienestar, o le permitan ser más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalar rampas y barras de apoyo • Ampliar el pasaje de puertas • Modificar las instalaciones del baño • Instalar sistemas eléctricos especializados necesarios para acomodar equipos médicos y suministros 	\$0



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS) que nuestro plan paga	Lo que usted paga
<p>Ayuda extendida para la vida en la comunidad</p> <p>Para recibir este servicio, es necesario que necesite ayuda con avisos, indicaciones, observaciones, orientación, enseñanza y/o recordatorios para completar actividades de la vida cotidiana (ADL) como bañarse, comer, vestirse, usar el baño, atender otros temas de higiene personal, etc.</p> <p>Si necesita este servicio, también puede recibir ayuda con las actividades instrumentales de la vida cotidiana (IADL) como el lavado de ropa, la preparación de alimentos, el transporte, ayuda con las finanzas, ayuda con los medicamentos, las compras, acompañamiento a las citas médicas y otras tareas del hogar. Esto también incluye avisos, indicaciones, orientación, enseñanza, observación, recordatorios y otras ayudas para completar las IADL por su cuenta.</p>	\$0
<p>Servicios de intermediario fiscal</p> <p>El plan paga por un intermediario fiscal (FI) para que lo ayude a vivir de manera independiente en la comunidad mientras usted controla su presupuesto individual y elige al personal que trabajará con usted. El FI lo ayuda a administrar y distribuir los fondos que están dentro del presupuesto individual. Usted utiliza estos fondos para comprar servicios de atención domiciliaria y en la comunidad autorizados en su plan de atención. Tiene la autoridad de contratar al cuidador que elija.</p>	\$0
<p>Comidas a domicilio</p> <p>Si cumple con los criterios, el plan cubre hasta dos comidas preparadas por día que le llevarán a su domicilio.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS) que nuestro plan paga	Lo que usted paga
<p>Transporte no médico</p> <p>Si cumple con los criterios, el plan cubre servicios de transporte para permitirle acceder a exenciones y otros servicios, actividades y recursos comunitarios.</p>	\$0
<p>Sistema personal de respuesta ante emergencias</p> <p>El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar que sirve para obtener ayuda en una emergencia. También puede usar un botón de “ayuda” portátil para facilitar la movilidad. El sistema se conecta a su teléfono y se programa para que envíe una señal a un centro de respuesta una vez que se activa un botón de “ayuda”.</p> <p>El Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) es un sistema de control de alerta médica que proporciona acceso a ayuda durante las 24 horas con solo pulsar un botón. Ofrecemos diversos estilos, incluido un dispositivo accesorio activado por móvil. Beneficio limitado a un dispositivo por año.</p>	\$0
<p>Servicios preventivos de enfermería</p> <p>El plan cubre servicios de enfermería provistos por un enfermero registrado (RN) o auxiliar de enfermería (LPN). Para cumplir con los requisitos, debe necesitar que observen y evalúen la integridad de su piel, niveles de glucemia, ejercicios de rango de movimiento recetados o estado físico. Puede recibir otros servicios de enfermería durante la visita del enfermero a su hogar. Estos servicios no se prestan de manera continua.</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



Exención de servicios de atención domiciliar y en la comunidad (HCBS) que nuestro plan paga	Lo que usted paga
<p>Enfermería privada (PDN):</p> <p>El plan cubre servicios especializados de enfermería de manera individual y continua, por hasta un máximo de 16 horas diarias, para cubrir necesidades médicas relacionadas directamente con una discapacidad física.</p> <p>La PDN incluye evaluación, tratamiento y observación realizados por un enfermero autorizado, consistentes con las órdenes del médico y de acuerdo con su plan de atención.</p> <p>Debe reunir ciertos criterios médicos para poder obtener este servicio.</p>	\$0
<p>Servicios de apoyo para el cuidado de enfermos</p> <p>Puede recibir servicios de cuidado de apoyo a corto plazo y de manera intermitente para ayudar a reducir la carga sobre su familia u otros cuidadores primarios ocasionada por el estrés diario y las necesidades de atención cuando estén cumpliendo estas funciones sin ser remunerados.</p> <p>Las necesidades de alivio de los trabajadores por turnos o por hora deberían cubrirse mediante suplencia de personal, ajustes al plan o cambios de ubicación y no con cuidados de apoyo.</p> <p>Los cuidados de apoyo no deben ser continuos ni a largo plazo en casos en los que formen parte de servicios diarios que le permitirían a un cuidador no remunerado trabajar en otro lugar a tiempo completo.</p>	\$0

E. Cobertura por fuera de nuestro plan

No cubrimos Servicios Especializados de Salud del Comportamiento de Medicaid, pero puede obtenerlos a través de Planes de Salud Prepagos para Pacientes Hospitalizados (PIHP) o Proveedores Comunitarios de Servicios de Salud Mental (CMHSP) regionales.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Si obtiene servicios a través del PIHP, consulte el *Manual del Miembro* del PIHP que viene por separado para obtener más información y trabaje con su coordinador de atención para recibir servicios provistos a través del PIHP.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Michigan Medicaid

Esta sección enumera los beneficios que están excluidos de nuestro plan. “Excluidos” significa que el plan no paga por estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco pagan por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y productos que no están cubiertos por nosotros bajo ninguna circunstancia, y algunos que están excluidos del plan solo en algunos casos.

El plan no paga por los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del Miembro*), excepto en las condiciones indicadas específicamente. Aunque obtenga los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará por los servicios. Si considera que debemos pagarle por un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en el Cuadro de Beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes productos y servicios:

- Servicios considerados no “razonables ni médicamente necesarios” según las normas de Medicare y Michigan Medicaid, a menos que los indiquemos como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, productos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. Los tratamientos y productos experimentales son aquellos que no están aceptados por la comunidad médica en general.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Enfermeros privados.
- Artículos personales en su habitación en el hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o una televisión.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Servicios de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Tarifas cobradas por parientes directos o miembros de su familia.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluso para bajar de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines estéticos, antienvjecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte malformada del cuerpo. Sin embargo, cubrimos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para que tengan el mismo aspecto.
- Atención quiropráctica, excepto la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con la guía de cobertura.
- Podología de rutina, excepto lo descrito sobre servicios de podología en el Cuadro de Beneficios de la **Sección D**.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un arnés y estén incluidos en el costo de este o que los zapatos sean para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de soporte para pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras herramientas de asistencia para visión reducida.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministro de anticonceptivos sin receta.
- Servicios naturopáticos (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios brindados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios de emergencia en un hospital de Asuntos de Veteranos (VA) y el costo de VA sea mayor que el costo compartido en virtud de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted deberá pagar los montos de los costos compartidos.



Capítulo 5: Cómo obtener el plan de medicamentos como paciente ambulatorio

Introducción

Este capítulo le explica las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor le receta para que usted los obtenga en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Michigan Medicaid. El **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* le explica lo que debe pagar por sus medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se mencionan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** En general, incluyen medicamentos entregados en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que obtiene en el consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que recibe en una clínica de diálisis. Para informarse más sobre los medicamentos que están cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte el Cuadro de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- Además de la Parte D de Medicare y la cobertura médica del plan, los medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare para enfermos terminales que tienen Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección D** “Si está en un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare”.

Normas respecto de la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

En general, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando siga las normas de esta sección.

Debe contar con una receta escrita por un proveedor (un médico, dentista u otro profesional) que sea válida de conformidad con las leyes estatales aplicables. Muchas veces esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También puede ser otro proveedor si su PCP lo derivó para recibir atención de otro profesional.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



El profesional que emita la receta **no** debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare ni en ninguna lista similar de Medicaid.

En general, deberá utilizar una farmacia de la red para solicitar sus medicamentos (consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede solicitarlos a través del servicio de pedidos por correo del plan.

Su medicamento bajo receta tiene que estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo mediante una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo solicitar una excepción.

El medicamento tiene que tener un uso médicamente aceptado. Esto quiere decir que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o está respaldado por determinadas referencias médicas. El profesional podrá ayudarlo a identificar las referencias médicas que apoyen el uso solicitado del medicamento que le receta. Algunos medicamentos y productos de la *Lista de medicamentos cubiertos* deben estar cubiertos por Michigan Medicaid mientras que otros se excluyen específicamente. Los artículos cubiertos han sido aprobados por el estado por contar con indicaciones médicamente aceptadas, mientras que aquellos que están excluidos no las tienen.

Es posible que su medicamento requiera aprobación de nuestro plan sobre la base de ciertos criterios antes de que podamos cubrirlo. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo obtener sus medicamentos bajo receta.....	5
A1. Cómo obtener sus medicamentos bajo receta en una farmacia de la red.....	5
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta.....	5
A3. Qué hacer si cambia a otra farmacia de la red.....	5
A4. Qué hacer si su farmacia deja de estar dentro de la red.....	6
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada.....	6
A6. Cómo utilizar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos.....	6
A7. Cómo obtener medicación a largo plazo.....	10

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi



A8. Cómo utilizar farmacias que no está en la red de nuestro plan.....	10
A9. Reintegro del pago por medicamentos bajo receta	11
B. <i>Lista de medicamentos</i> de nuestro plan.....	11
B1. Medicamentos de la <i>Lista de medicamentos</i>	11
B2. Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i>	12
Use nuestra “Herramienta de cobertura en tiempo real” en www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi para buscar medicamentos de la Lista de Medicamentos y así ver el monto estimado que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios al Miembro.....	12
B3. Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	12
B4. Niveles de distribución de costos de la <i>Lista de medicamentos</i>	13
C. Límites sobre algunos medicamentos.....	14
D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto.....	16
D1. Cómo conseguir un suministro temporal	17
D2. Cómo pedir un suministro temporal.....	18
D3. Cómo solicitar una excepción.....	19
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	20
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	22
F1. En un hospital o centro especializado de enfermería por una internación cubierta por nuestro plan.....	22
F2. En un centro de atención a largo plazo.....	23
F3. En un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare.....	23
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos.....	24
G1. Programas que lo ayudan a utilizar sus medicamentos de manera segura.....	24
G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos	24

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi



G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar medicamentos opiáceos de forma segura..... 25



A. Cómo obtener sus medicamentos bajo receta

A1. Cómo obtener sus medicamentos bajo receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Las farmacias de la red son las farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta

Para surtir sus recetas, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura por nuestra parte del costo del medicamento cubierto. Es posible que tenga que abonarle un copago a la farmacia cuando vaya a buscar su medicación.

Si no tiene su tarjeta de identificación para miembros al momento de surtir una receta, pídale a la farmacia que nos llame para solicitar la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta cuando recoja la medicación. En ese caso, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicios al Miembro.** Haremos todo lo posible para ayudarlo.

- Para solicitarnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si necesita ayuda para que le surtan un medicamento bajo receta, comuníquese con su coordinador de atención o con Servicios al Miembro.

A3. Qué hacer si cambia a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita surtir una receta, puede pedirle a un proveedor que le haga una nueva receta o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi



A4. Qué hacer si su farmacia deja de estar dentro de la red

Si la farmacia que usa se retira de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas son:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia intravenosa en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro médico de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos.
 - Generalmente, los centros médicos de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro médico de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda conseguir los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro médico a largo plazo no está en nuestra red o si tiene dificultades para conseguir sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, llame a Servicios al Miembro.
- Farmacias que atienden mediante el programa de salud para indígenas tribales o urbanos. Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas de Estados Unidos y los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o capacitación sobre su uso. (Nota: esta situación debería suceder en casos excepcionales). Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

A6. Cómo utilizar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertas clases de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red de nuestro plan. En general, los medicamentos que se envían por correo son los que toma de forma periódica para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que **no**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi



se pueden pedir por correo están marcados con la sigla “NMO” en nuestra *Lista de medicamentos*.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar medicación para 61 días como mínimo y para 100 días como máximo. Una medicación para 61-100 días tiene el mismo copago que una medicación para un mes.

Cómo surtir recetas médicas por correo

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios al Miembro o visite el sitio web del plan. Si utiliza una farmacia para pedidos por correo que no está en la red del plan, su receta médica no se cubrirá.

En general, la medicación pedida por correo llega en 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo se puede demorar. En caso de demora, comuníquese con el servicio de correos de Walgreens al **1-800-345-1985 (TTY 711)**, disponible todos los días a toda hora.

Si necesita sus medicamentos de forma urgente y no puede esperar 10 días hábiles para recibir el pedido, comuníquese con el servicio de correos de Walgreens al **1-800-345-1985 (TTY 711)** en cualquier momento para evitar una interrupción en su tratamiento con medicación.

- Cuando llame al servicio de correos de Walgreens para hacer un pedido urgente, siga las instrucciones para que lo conecten con un representante. Prepárese para responder algunas preguntas de identificación. Luego, lo comunicarán con un representante.
- Dígame al representante del servicio de correos de Walgreens que tiene medicación para menos de 10 días y que necesita acelerar su pedido (entrega rápida). El representante del Centro de Atención al Cliente le dirá cuáles son las opciones que tiene disponibles.
- Deberá suministrarle los siguientes datos al representante:
 - Su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, nombre de los medicamentos, las dosis, para cuántos días le quedan, el nombre de la persona que los recetó y su seguro.
- El Centro de Atención al Cliente le ofrecerá las opciones de envío disponibles para ayudar a acelerar el pedido del medicamento. El representante del Centro de Atención al Cliente confirmará la siguiente información con usted: 1) la opción que eligió para obtener un pedido rápido, 2) su dirección postal, 3) la forma de pago (si hay un pago), 4) la hora estimada de entrega y 5) un número de orden a modo de referencia y confirmación.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi



- Un pedido rápido puede demorar de 1 a 3 días. El método de envío depende de cuánta medicación le quede y del momento en el cual se comunica con el centro de atención al cliente del servicio de correos de Walgreens. Para recibir los medicamentos al día siguiente, deberá comunicarse con el servicio de correos de Walgreens antes de las 2 p. m., hora estándar de Montaña, de lunes a viernes.
- Es posible que el servicio de correos de Walgreens necesite comunicarse con la persona que recetó la medicación o con su seguro si su receta médica se ha vencido, si se necesita autorización o por otros motivos. Este tipo de información podría ser necesaria antes de que le envíen el pedido.
- Es posible que el servicio de correos de Walgreens también pueda conseguirle medicación por poco tiempo mientras espera su pedido por correo. Pregúntele al representante del centro de atención al cliente de Walgreens cómo conseguir medicación por poco tiempo.
- Si no recibe su medicación por correo en el plazo indicado por el servicio de correos de Walgreens, llame al servicio de correos de Walgreens al 1-800-345-1985 (TTY 711). Siga las instrucciones para que lo conecten con un representante. Prepárese para responder algunas preguntas de identificación. Luego, lo comunicarán con un representante.
- Tenga en cuenta que no todos los medicamentos se pueden enviar por correo.

Proceso de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas nuevas que recibe de usted, las recetas nuevas que recibe directo del consultorio de su proveedor y las recargas de sus recetas por correo.

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y entrega de manera automática las recetas nuevas que reciba de usted.

2. Recetas nuevas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

La farmacia automáticamente surte y entrega recetas nuevas que recibe de proveedores de atención médica sin preguntarle primero a usted en los siguientes casos:

- Usted ya había utilizado el servicio de pedidos por correo de nuestro plan o

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi



- Se inscribe para entrega automática de todas las recetas nuevas que recibe directamente de proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento comunicándose con la farmacia que realizará el envío antes de le surtan la primera receta.

Si recibe medicación por correo automáticamente pero no la quiere y no lo habían contactado para preguntarle antes de enviarla, puede pedir un reembolso.

Si ya utilizó el servicio de envíos por correo y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente las recetas nuevas, llámenos por teléfono. Servicios al Miembro puede ayudarlo con esa solicitud o comunicarse con la farmacia que realiza los envíos para avisarles que usted no quiere que le surtan y envíen las recetas automáticamente.

Si nunca utilizó las entregas por correo y/o decide suspender el envío automático de medicación nueva, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para saber si usted quiere que le envíen la medicación inmediatamente.

- Esto le dará la oportunidad de verificar que la farmacia le está entregando el medicamento correcto (incluyendo la concentración, cantidad y presentación) y en caso de ser necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se facture y se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

Para cancelar la entrega automática de recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor médico, llámenos por teléfono. Servicios al Miembro puede ayudarlo con esa solicitud o comunicarse con la farmacia que realiza los envíos para avisarles que usted no quiere que le surtan y envíen las recetas automáticamente.

3. Recarga de recetas pedidas por correo

Para las recargas, comuníquese con su farmacia 14 días antes de cuando crea que sus medicamentos se habrán acabado para asegurarse de que le envíen el próximo pedido a tiempo.

Indíquele a la farmacia cuál es la mejor forma de contactarlo para poder confirmar su pedido antes del envío. Para que pueda recibir el pedido por correo, la farmacia necesita tener registrado un número de teléfono válido. Puede confirmar que su información esté actualizada



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi

llamando por teléfono a la farmacia que presta el servicio de envío por correo, en su sitio web o con la boleta de recarga que le dan con cada orden de recarga.

A7. Cómo obtener medicación a largo plazo

Puede obtener la medicación de mantenimiento a largo plazo que figura en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de manera periódica para una enfermedad crónica o a largo plazo. Cuando obtiene medicación a largo plazo, es posible que su copago sea menor.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener medicación de mantenimiento a largo plazo. Una medicación para 61-100 días tiene el mismo copago que una medicación para un mes. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica qué farmacias le pueden entregar medicación de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener medicación de mantenimiento a largo plazo. Consulte la **Sección A6** para saber más sobre el servicio de pedidos por correo.

A8. Cómo utilizar farmacias que no está en la red de nuestro plan

En general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solamente cuando no pueda utilizar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de cobertura, donde puede obtener medicación como miembro de nuestro plan. En estos casos, verifique primero con Servicios al Miembro para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos la medicación que se obtiene en farmacias fuera de la red en los siguientes casos:

- Si las recetas médicas están relacionadas con una urgencia médica o atención de urgencia.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto en tiempo y forma dentro de nuestras áreas de cobertura porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable de manejo que presten servicio las 24 horas del día.
- Si está intentando conseguir medicación que en general no está disponible en una farmacia minorista o por pedido por correo de la red que sea accesible (incluidos los medicamentos de alto costo y exclusivos).
- Si se trata de uno de los medicamentos cubiertos que se pueden administrar en el consultorio del médico.
- Cuando el gobierno declara un desastre o estado de emergencia, permitimos el acceso a establecimientos fuera de la red para evitar la interrupción del servicio.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi



A9. Reintegro del pago por medicamentos bajo receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total en vez de un copago cuando vaya a recibir sus medicamentos. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte correspondiente del costo.

Para saber más al respecto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos “*Lista de medicamentos*” para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le indica las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

En general, cubriremos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan siempre y cuando siga las normas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos de la *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos bajo receta y de venta libre, al igual que productos cubiertos por Michigan Medicaid.

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

Los medicamentos de marca son los que se venden bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a “medicamentos” podemos estar hablando de un medicamento o de un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares tienen la misma eficacia que los productos biológicos de marca u originales y suelen costar menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la legislación estadual, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos que pueden sustituirse por los de marca.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi



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

Nuestro plan también cubre ciertos productos y medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos bajo receta y tienen la misma eficacia. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*

Para saber si el medicamento que toma está en la *Lista de medicamentos*, puede hacer lo siguiente:

- Visite el sitio web del plan en www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi. La *Lista de medicamentos* de nuestro sitio web es siempre la más actual.
- Llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para pedir una copia de la lista.

Use nuestra “Herramienta de cobertura en tiempo real” en www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi para buscar medicamentos de la Lista de Medicamentos y así ver el monto estimado que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios al Miembro.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos*

No todos los medicamentos están cubiertos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir ciertos medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, usted podrá obtener un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no cubre los tipos de medicamentos que se describen en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si considera que en su caso deberíamos cubrir un medicamento excluido, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre apelaciones.

Las siguientes son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi



1. La cobertura de nuestro plan de medicamentos para pacientes ambulatorios (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y de Michigan Medicaid) no puede incluir medicamentos que ya están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero esos medicamentos no se consideran parte de su cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento tiene que estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su enfermedad. Su médico u otro proveedor puede recetar cierto medicamento para tratar su enfermedad aunque no haya sido aprobado para tratar la enfermedad. Esto se llama “uso no indicado en el prospecto”. En general, nuestro plan no cubre medicamentos que sean recetados para usos no indicados en el prospecto.

Además, por ley, Medicare o Michigan Medicaid no pueden cubrir los siguientes tipos de medicamentos.

- Medicamentos para la fertilidad.
- Medicamentos para aliviar la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Algunas vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una empresa que dice que usted tiene que someterse a pruebas o servicios realizados solamente por ellos.

B4. Niveles de distribución de costos de la *Lista de medicamentos*

Todos los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* están en uno de los 9 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamento de marca, genérico o de venta libre). En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que tiene que pagar por el medicamento.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi

- Los medicamentos del nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos. Usted paga 25% de coseguro por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12,65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 2 son medicamentos genéricos. Usted paga 25% de coseguro por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12,65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 3 son medicamentos de marca preferidos. Usted paga 25% de coseguro por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12,65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 4 son medicamentos no preferidos. Usted paga 25% por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12,65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 5 son medicamentos especializados. Usted paga 25% de coseguro por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12,65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 6 son los medicamentos esenciales. Usted realiza un copago de \$0 por medicamentos genéricos 'Generic Stars' y vacunas.
- Los medicamentos del nivel 9 son los cubiertos por Medicaid.

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en nuestra *Lista de medicamentos*.

En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*, se indica la cantidad que usted deberá pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites sobre algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, hay normas especiales que limitan la manera y el momento en que nuestro plan los cubre. En general, nuestras normas le recomiendan obtener los medicamentos que sirven para tratar su afección y que son seguros y efectivos. Cuando un medicamento seguro y económico tiene la misma eficacia que un medicamento más caro, solicitamos que su proveedor recete el medicamento más económico.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto se debe a que algunos medicamentos pueden diferir según la potencia, cantidad o forma del medicamento indicado por su proveedor, y es posible que se apliquen distintas restricciones a las distintas versiones del fármaco (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; una vez al día o dos veces al día; tableta o líquido).

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi



Si se aplica alguna norma especial a su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrá que seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos primero su diagnóstico o enviarnos resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor considera que nuestra norma no debería aplicarse su situación, pídanos que sigamos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos aceptar o no que utilice el medicamento sin los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

1. Límites al uso de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando existe una versión genérica o biosimilar intercambiable, respectivamente

Por lo general, los medicamentos genéricos o biosimilares intercambiables funcionan igual que los medicamentos de marca o producto biológico original y normalmente cuestan menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le entregan la versión genérica o biosimilar intercambiable, respectivamente.

- En general no cubrimos el medicamento de marca o producto biológico original si hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si el proveedor nos brinda una justificación médica por la cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no le funcionarán o escribe “Sin sustitutos” en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original o nos brinda una justificación médica por la cual el medicamento genérico, biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad no le harán efecto, entonces cubrimos el medicamento de marca.
- Es probable que su copago sea mayor por el medicamento de marca o producto biológico original que por el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico primero deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de poder surtir la receta. Esto se denomina autorización previa y se establece para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página o visite nuestro sitio web en

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi



www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi para obtener más información sobre autorización previa.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe medicamentos más económicos que son igual de eficaces antes de cubrir los medicamentos más caros. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma enfermedad y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, es posible que le exijamos probar primero el Medicamento A.

Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces cubrimos el Medicamento B. Esto se llama terapia escalonada. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página o visite nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidades

Nosotros limitamos la cantidad que podrá obtener de algunos medicamentos. Esto se llama límite de cantidades. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cantidad de medicación que puede obtener cada vez que surta su receta.

Para averiguar si alguna de estas normas se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura sobre la base de alguna de las razones mencionadas anteriormente, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de que la cobertura de sus medicamentos funcione bien para usted, pero a veces un medicamento podría no estar cubierto de la manera en que usted desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. Tal vez el medicamento no está incluido en la *Lista de medicamentos*. Tal vez cubrimos una versión genérica del medicamento pero no la versión de marca que usted desea tomar. Es posible que un medicamento sea nuevo y nosotros no lo hayamos examinado para saber si es seguro y eficaz.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi



- Nuestro plan cubre el medicamento pero hay normas especiales o límites en la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, usted o quien le receta el medicamento pueden pedirnos una excepción.
- El medicamento está cubierto pero tiene un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea mayor de lo que cree que debería ser.

Hay ciertas cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la forma que usted desea.

D1. Cómo conseguir un suministro temporal

En algunos casos, podemos entregarle un suministro temporal de un medicamento si este no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos* o si tiene algún límite. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo conseguir otro medicamento o cómo pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir estas dos normas:

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos* o
- nunca estuvo incluido en nuestra *Lista de medicamentos* o
- ahora tiene algún tipo de límite.

2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- Estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal será por hasta 30 días.
 - Si su receta es por menos días, permitimos varias recargas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicación. Deberá surtir su receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindar sus medicamentos en pequeñas cantidades para evitar desperdicios.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi



- Acaba de sumarse a nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal será por hasta 30 días.
 - Si su receta es por menos días, permitimos varias recargas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicación. Deberá surtir su receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindar sus medicamentos en pequeñas cantidades para evitar desperdicios.
- Si ha estado en nuestro plan por más de 90 días, vive en un centro médico de atención a largo plazo y necesita un medicamento de forma inmediata:
 - Cubrimos un suministro para 31 días o menos si su receta médica indica menos días. Esto se suma al suministro temporal descrito anteriormente.
 - A los miembros que tengan un cambio en el nivel de atención (lugar) se les permitirá hasta un suministro de transición de 30 días por medicamento por única vez. Por ejemplo, los siguientes miembros:
 - Quienes reciben el alta del hospital e ingresan a centros médicos de atención a largo plazo (LTC), a veces tienen una lista de medicamentos del formulario del hospital para la que se tiene en cuenta una planificación a muy corto plazo (a menudo de menos de ocho horas).
 - Quienes reciben el alta de un hospital y van a un hogar.
 - Quienes finalizan su internación en un establecimiento de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen toda la farmacia y los cargos) y necesitan volver a su formulario del plan de la Parte D.
 - Quienes terminan su internación en un centro médico de atención a largo plazo y regresan a la comunidad.

D2. Cómo pedir un suministro temporal

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al Miembro.

Cuando recibe un suministro temporal de un medicamento, consulte con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le termina. Estas son sus opciones:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi



- Cambiar de medicamento.

Es posible que nuestro plan cubra otro medicamento que sea efectivo. Llame a Servicios al Miembro para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. La lista ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle.

O

- Pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o que cubramos el medicamento sin limitaciones. Si su proveedor opina que usted tiene una justificación médica para pedir una excepción, podrá ayudarlo a pedirla.

Para medicamentos de Michigan Medicaid:

Acaba de sumarse al plan.

Cubriremos un suministro de su medicamento de Michigan Medicaid por hasta 90 días calendario después de su inscripción y no lo cancelaremos al finalizar este período sin haberle avisado de antemano y sin hacer una transición a otro medicamento, de ser necesario.

D3. Cómo solicitar una excepción

Si el medicamento que toma será quitado de nuestra *Lista de medicamentos* o se le aplicará algún tipo de límite el año siguiente, puede solicitar una excepción antes del año siguiente.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicación para el año siguiente. Pídanos una excepción para tener cubierto el medicamento el año siguiente de la forma que desea.
- Respondemos su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas desde la recepción del pedido (o del escrito de justificación de su proveedor).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio tenga efecto.

Para obtener más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Si necesita ayuda para pedir una excepción, comuníquese con su coordinador de atención o con Servicios al Miembro.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se aplican el 1 de enero, pero a veces agregamos o quitamos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* durante el año. También es posible que cambiemos nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir si es necesaria o no una aprobación previa de un medicamento (nuestro permiso para poder obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad que puede obtener de un medicamento (límites de cantidades).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada respecto de un medicamento (usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare para poder cambiar nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener más información sobre estas normas sobre medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, en general no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- Se lance al mercado un medicamento nuevo más barato que funcione de la misma forma que un medicamento que se encuentra en ese momento en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- Nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- Se retire un medicamento del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede:

- Ver nuestra *Lista de medicamentos* actual en www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi o
- Llamar a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página para ver nuestra *Lista de medicamentos* actual.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi



Cambios que podemos realizar en la *Lista de medicamentos* que pueden afectarlo durante el año actual del plan

Algunos cambios realizados en la *Lista de medicamentos* se aplican inmediatamente. Por ejemplo:

- Empieza a estar disponible un nuevo medicamento genérico. A veces, se lanza al mercado un medicamento genérico o biosimilar nuevo que funciona de la misma forma que el medicamento de marca o producto biológico original que está en la *Lista de medicamentos* en ese momento. Cuando eso ocurre, es posible que quitemos el medicamento de marca y agreguemos el medicamento genérico nuevo, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo igual o menor.

Cuando agregamos un medicamento genérico nuevo, también es posible que conservemos el medicamento de marca en la lista pero que cambiemos las normas o los límites de su cobertura.

- Es posible que no le informemos previamente sobre este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hemos realizado una vez que se aplique.
- Usted o su proveedor puede pedir una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para pedir la excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre excepciones.

Eliminación de medicamentos no seguros y otros medicamentos que se retiran del mercado. A veces, un medicamento se puede considerar no seguro o se retira del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podremos retirar el medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* de forma inmediata. Si está tomando ese medicamento, le informaremos luego de realizar el cambio. Su proveedor también se enterará de este cambio. Comuníquese con su proveedor para que pueda trabajar con usted a fin de encontrar otro medicamento para tratar su enfermedad.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le avisaremos con anticipación sobre estas modificaciones en nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir en los siguientes casos:

- La FDA emite nuevos lineamientos o surgen lineamientos clínicos nuevos sobre un medicamento.

Cuando estos cambios ocurran:



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en nuestra *Lista de medicamentos* o
- Le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite una recarga.

Esto le dará tiempo de hablar con su médico u otro profesional que recete el medicamento. Lo ayudarán a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* con el que pueda reemplazarlo o
- Si debería solicitar una excepción a estos cambios para seguir con la cobertura del medicamento o de la versión del medicamento que está tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Cambios en la *Lista de medicamentos* que no lo afectan durante el año actual del plan

Es posible que efectuemos cambios en los medicamentos que toma que no se mencionan arriba y que no lo afectan en este momento. Para esos cambios, si está tomando un medicamento que fue cubierto a **principio** del año, por lo general no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que toma y eso aumenta lo que paga por el medicamento o limita su uso, entonces el cambio no afecta el uso del medicamento ni lo que paga por el medicamento durante el resto del año.

Si se aplica alguno de estos cambios a un medicamento que está tomando (excepto por las modificaciones indicadas en la sección anterior), el cambio no lo afectará hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* del año siguiente del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afecte durante el siguiente año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro especializado de enfermería por una internación cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o centro especializado de enfermería por una internación cubierta por nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos durante su internación. No



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi

tendrá ningún copago. Una vez que se retire del hospital o centro especializado de enfermería, cubrimos sus medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que tiene que pagar, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si está viviendo en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es el caso o necesita más información, llame a Servicios al Miembro.

F3. En un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca son cubiertos por el plan de atención para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Puede estar afiliado al programa para enfermos terminales de Medicare y necesitar ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos para las náuseas, laxantes o medicación para la ansiedad) que su programa no cubre por no estar relacionado con su diagnóstico y enfermedades terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que emite la receta o de su proveedor de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado para que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento sin relación con su enfermedad terminal que deba cubrir nuestro plan, antes de pedir a la farmacia que surta el medicamento bajo receta, puede pedirle a su proveedor del plan de atención para enfermos terminales o al profesional que recetó el medicamento que nos avise que el medicamento no tiene relación con su enfermedad.

Si abandona el programa de atención para enfermos terminales, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice su cobertura de Medicare para enfermos terminales, presente documentación en la farmacia como prueba de que abandonó el plan de atención para enfermos terminales.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi

Consulte las secciones anteriores de este capítulo para saber más sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la cobertura para enfermos terminales.

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas que lo ayudan a utilizar sus medicamentos de manera segura

Cada vez que surta una receta, verificaremos que no haya problemas, como errores en los medicamentos o:

- Medicamentos que no sean necesarios porque está tomando otro medicamento similar que tiene el mismo efecto
- Medicamentos que quizás no sean seguros para su edad o sexo
- Medicamentos que podrían ser perjudiciales si los toma al mismo tiempo
- Medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico o puede serlo
- Medicamentos con errores en la cantidad (dosis)
- Medicamentos que tienen cantidades no seguras de analgésicos opiáceos

Si encontramos algún posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarlo a administrar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa que ayuda a los miembros con necesidades complejas de salud. En esos casos, podría recibir servicios sin costo a través de un programa de administración de terapia de medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a garantizar que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Si cumple con los requisitos del programa, un farmacéutico u otro profesional médico realizará una revisión completa de todo todos sus medicamentos y lo informará sobre:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y sus reacciones
- Cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi



- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos bajo receta y de venta libre

Luego, le entregará:

- Un resumen por escrito de la conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos, que recomienda lo que usted puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de su medicación que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Le recomendamos que hable con su médico sobre su plan de acción y sobre la lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos cuando acuda al consultorio o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores médicos.
- También lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de control de la terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que reúnen los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no quiere estar en el programa, avísenos y lo sacaremos.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar medicamentos opiáceos de forma segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opiáceos recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si toma medicamentos opiáceos que obtiene de varios profesionales o farmacias o si recientemente tuvo una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con los profesionales que emiten sus recetas, si determinamos que su uso de medicamentos opioides

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi



o benzodiacepínicos puede no ser seguro, es posible que limitemos cómo puede obtenerlos. Si lo ubicamos en el DMP, estas pueden ser algunas limitaciones:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en (una) farmacia(s) determinada(s).
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de cierto(s) profesional(es).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si le limitamos la cobertura de estos medicamentos o si se le exigirá obtener las recetas médicas para estos medicamentos solamente de un profesional o farmacia en particular.

Tendrá la oportunidad de decirnos cuáles son los médicos o las farmacias que prefiere utilizar y cualquier otra información que considere que debemos saber. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación.

Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o la limitación, usted y el profesional que le receta tendrán derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a una entidad revisora independiente (IRO). (Para obtener más información sobre apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).

Es posible que el DMP no se aplique a su caso en las siguientes situaciones:

- Usted tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o drepanocitosis,
- Recibe atención para enfermos terminales, cuidados paliativos o atención al final de la vida o
- Vive en un centro médico de cuidado a largo plazo.



Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Michigan Medicaid

Introducción

Este capítulo le indica lo que usted paga por sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Cuando hablamos de “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos de la Parte D de Medicare, **y**
- Medicamentos y productos cubiertos por Medicaid **y**
- Medicamentos y productos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Como usted puede tener Michigan Medicaid, recibe Ayuda Adicional de Medicare con el pago de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviamos un documento aparte llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para el pago de medicamentos bajo receta” (también conocido como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios al Miembro y solicite la “Cláusula LIS”.

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos a reducir los costos de medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Para saber más sobre medicamentos, puede buscar en:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - La llamamos la *Lista de medicamentos*. Le informa:
 - Cuáles son los medicamentos que cubrimos.
 - En cuál de los 9 niveles se encuentra cada medicamento.
 - Si existen límites para los medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si necesita una copia de la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios al Miembro. También puede encontrar la copia más reciente de la *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.
- **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.
 - Le indica cómo obtener medicamentos para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye normas que debe seguir. También le indica cuáles son los tipos de medicamentos que nuestro plan no cubre.
 - Cuando utiliza la “Herramienta de cobertura en tiempo real” para buscar la cobertura de un medicamento (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es un estimado de lo que tendrá que pagar. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre farmacias de la red.

Índice

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB).....	4
B. Cómo tener registro de los costos de sus medicamentos.....	5
C. Etapas del pago de medicamentos de la Parte D de Medicare o medicamentos a largo plazo.....	7
C1. El plan tiene 9 niveles de costos compartidos.....	7
C2. Sus opciones de farmacia	8
C3. Obtener medicación a largo plazo	8



Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener medicación a largo plazo, consulte el Capítulo 5 de este *Manual del Miembro* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. 9

C4. Lo que usted paga 9

D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial 12

 D1. Sus opciones de farmacia 12

 D2. Cómo obtener medicación a largo plazo 13

 D3. Lo que usted paga 13

 D4. Fin de la etapa de cobertura inicial 15

E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica 15

F. Los costos de sus medicamentos si el médico le receta medicación para menos de un mes 16

G. Lo que paga por vacunas de la Parte D 16

 G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse 17



A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan realiza el seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que efectúa cuando obtiene medicación en la farmacia. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus **costos de bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted u otra persona en su nombre paga por sus recetas. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, todo pago por sus medicamentos que realizaron familiares o amigos y todo pago realizado por sus medicamentos de Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos la EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB brinda más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos que pueden estar disponibles con costos compartidos más bajos. Consulte con su médico sobre estas opciones con costos más bajos. La EOB incluye:

- **Información para el mes**. El resumen le dice qué medicamentos obtuvo el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otras personas pagaron por usted.
- **Totales para el año desde el 1 de enero**. Muestra los costos y los pagos totales de los medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre precios de medicamentos**. Precio total del medicamento y cambios en el precio del medicamento desde la primera vez que lo obtiene y para cada pedido de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no se incluyen en el total de sus gastos de bolsillo.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



- También cubrimos algunos medicamentos de venta libre. No tendrá que pagar nada por estos medicamentos.
- Para averiguar cuáles son los medicamentos que cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, hay algunos medicamentos bajo receta y de venta libre que están cubiertos por Michigan Medicaid. Estos medicamentos están en la *Lista de medicamentos*.

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Usted nos puede ayudar de la siguiente forma:

1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando surta sus recetas médicas. Esto nos ayudará a saber qué recetas surte y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento.

A continuación, se indican algunos ejemplos en las que debe proporcionarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o mediante una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando abona un copago por medicamentos que obtiene en virtud del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



3. Envíenos información sobre los pagos que otros hagan por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos efectuados por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Nativos, y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se incluyen como gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos de la cobertura catastrófica. Cuando alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare para el resto del año.

4. Verifique las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Verifique las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos que se indican?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Los medicamentos son los que le recetó el médico?

¿Y si encuentra errores en este resumen?

Si encuentra información confusa o que no parece correcta en esta EOB, llámenos a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Información sobre posible estafa

Si este resumen muestra medicamentos que usted no está tomando o algo más que le parece sospechoso, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- En Michigan, puede denunciar una estafa llamando sin costo al 855-MI-FRAUD (643-7283) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede presentar un reclamo en línea en www.michigan.gov/mdhhs/doing-business/providers/providers/billingreimbursement/report-medicaid-fraud-and-abuse y puede encontrar información en nuestro sitio web: www.michigan.gov/mdhhs/inside-mdhhs/office-of-inspector-general/contact-us o

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



puede escribirle al inspector general a: Office of Inspector General
PO Box 30062 Lansing, MI 48909.

Si cree que hay información incorrecta o faltante o si tiene alguna pregunta, llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Etapas del pago de medicamentos de la Parte D de Medicare o medicamentos a largo plazo

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en nuestro plan. El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentra cuando obtiene la medicación. Las dos etapas son:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año.	Durante esta etapa, nosotros pagamos la totalidad del costo de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Esta etapa comienza cuando ha pagado una cierta cantidad de dinero de su bolsillo.

C1. El plan tiene 9 niveles de costos compartidos

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de los 9 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto es el número de nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de costos compartidos para sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos del nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos. Usted paga un coseguro del 25% por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12.65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 2 son medicamentos genéricos. Usted paga un coseguro del 25% por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12.65 según sus ingresos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



- Los medicamentos del nivel 3 son medicamentos de marca preferidos. Usted paga un coseguro del 25% por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12.65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 4 son medicamentos no preferidos. Usted paga 25% por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12.65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 5 son medicamentos especializados. Usted paga un coseguro del 25% por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12.65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 6 son los medicamentos esenciales. Usted abona un copago de \$0 por medicamentos genéricos y vacunas.
- Los medicamentos del nivel 9 son los medicamentos cubiertos por Medicaid.

C2. Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

- En una farmacia de la red o
- En una farmacia fuera de la red. En algunos casos, cubrimos medicamentos que se obtienen en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber en qué casos están cubiertos.
- El servicio de pedidos por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para saber más sobre cómo presentar una apelación si le dicen que no le cubrirán un medicamento. Para informarse más sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C3. Obtener medicación a largo plazo

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo es medicación que dura hasta 100 días. Cuesta lo mismo que adquirir medicación para un mes.



Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener medicación a largo plazo, consulte el Capítulo 5 de este *Manual del Miembro* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Lo que usted paga

Es posible que tenga que abonar un copago por su medicación. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el menor precio.

Comuníquese con Servicios al Miembro para saber cuál es el monto de su copago para un medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene medicación cubierta para un mes o a largo plazo en:



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

	Una farmacia de la red Medicación para un mes o hasta 30 días.	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Medicación para un mes o hasta 61-100 días.	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Medicación para 31 días como máximo.	Una farmacia fuera de la red Medicación para 30 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Costos compartidos Nivel 1 Genéricos preferidos de la Parte D	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*
Costos compartidos Nivel 2 Genéricos de la Parte D	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*
Costos compartidos Nivel 3 De marca preferidos de la Parte D	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*
Costos compartidos Nivel 4 No preferidos de la Parte D	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



	Una farmacia de la red	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Medicación para un mes o hasta 30 días.	Medicación para un mes o hasta 61-100 días.	Medicación para 31 días como máximo.	Medicación para 30 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Costos compartidos Nivel 5 Especializados de la Parte D	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*
Costos compartidos Nivel 6 Esenciales de la Parte D	Coseguro de \$0	Coseguro de \$0	Coseguro de \$0	Coseguro de \$0
Costos compartidos Nivel 9 Medicamentos bajo receta/de venta libre que no son de Medicare	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

***La distribución de costos se realiza sobre la base del nivel de Ayuda Adicional que recibe el miembro.**

Para obtener información sobre las farmacias que pueden entregarle medicación a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en el que se encuentre el medicamento y del lugar en donde lo obtiene.

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* de nuestro plan está en uno de los 9 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto es el número de nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de costos compartidos para sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos del nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos. Usted paga un coseguro del 25% por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12.65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 2 son medicamentos genéricos. Usted paga un coseguro del 25% por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12.65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 3 son medicamentos de marca preferidos. Usted paga un coseguro del 25% por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12.65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 4 son medicamentos no preferidos. Usted paga 25% por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12.65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 5 son medicamentos especializados. Usted paga un coseguro del 25% por su medicamento. Si cuenta con Ayuda Adicional, puede pagar entre \$0 y \$12.65 según sus ingresos.
- Los medicamentos del nivel 6 son los medicamentos esenciales. Usted abona un copago de \$0 por medicamentos genéricos y vacunas.
- Los medicamentos del nivel 9 son los cubiertos por Medicaid.

D1. Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene en:

- Una farmacia minorista de la red **o**
- Una farmacia fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- En ciertos casos, cubrimos medicamentos que se obtienen en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber en qué casos los cubrimos.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para informarse más sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D2. Cómo obtener medicación a largo plazo

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro que dura hasta 100 días. Cuesta lo mismo que adquirir medicación para un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener medicación a largo plazo, consulte el **Capítulo 5** de este Manual del Miembro o el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

D3. Lo que usted paga

Durante la etapa de cobertura inicial, es posible que tenga que abonar un copago cada vez que obtiene medicación. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el menor precio.

Comuníquese con Servicios al Miembro para saber cuál es el monto de su copago para un medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene medicación cubierta para un mes o a largo plazo en:



	Una farmacia de la red Medicación para 100 días como máximo.	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Medicación para 61-100 días.	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Medicación para 31 días como máximo.	Una farmacia fuera de la red Medicación para 30 días como máximo. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Costos compartidos Nivel 1 Genéricos preferidos de la Parte D	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*
Costos compartidos Nivel 2 Genéricos de la Parte D	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*
Costos compartidos Nivel 3 De marca preferidos de la Parte D	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*
Costos compartidos Nivel 4 No preferidos de la Parte D	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Costos compartidos Nivel 5 Especializados de la Parte D	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*	Coseguro del 25%*
Costos compartidos Nivel 6 Esenciales de la Parte D	Coseguro de \$0	Coseguro de \$0	Coseguro de \$0	Coseguro de \$0
Costos compartidos Nivel 9 Medicamentos bajo receta/de venta libre que no son de Medicare	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

***La distribución de costos se realiza sobre la base del nivel de Ayuda Adicional que recibe el miembro.**

Para obtener información sobre las farmacias que pueden entregar medicación a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus gastos de bolsillo totales alcanzan \$2,100. En ese momento, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos la totalidad del costo de sus medicamentos desde ese momento hasta fin de año.

Su EOB le ayuda a registrar sus gastos en medicamentos durante el año. Le avisaremos si alcanza el límite de \$2,100. Muchos no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanza el límite de \$2,100 en gastos de bolsillo para sus medicamentos, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Permanecerá en la etapa de cobertura catastrófica hasta que

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



finaliza el año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

F. Los costos de sus medicamentos si el médico le receta medicación para menos de un mes

Por lo general, usted abona un copago que abarca medicamentos cubiertos para todo el mes. Sin embargo, su médico puede recetarle medicación para menos de un mes.

- A veces, es posible que quiera solicitarle al médico que le recete cierto medicamento para menos de un mes (por ejemplo, al probar un medicamento por primera vez).
- Si el médico está de acuerdo, usted no pagará por medicación para todo el mes.

Cuando recibe medicación para menos de un mes, el monto que paga se calcula sobre la base de la cantidad de días en los que tendrá el medicamento. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de costos compartidos”) y la multiplicaremos por la cantidad de días para los que tiene medicación.

- Por ejemplo: supongamos que el copago por su medicación para un mes completo (30 días) es de \$1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es menor de \$0.05 por día. Si recibe medicación para 7 días, su pago será menor de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que resulta en un pago total de \$0.35.
- Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse de que el medicamento funciona para usted antes de tener que pagar la medicación para todo el mes.
- También le puede solicitar al médico que le recete medicación para menos de un mes para ayudarlo a:
 - Planificar mejor cuándo solicitar recargas,
 - Coordinar las recargas con otros medicamentos que toma **y**
 - No tener que ir tan seguido a la farmacia.

G. Lo que paga por vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y las cubre la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicación de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en nuestra

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Lista de Medicamentos. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare sin costo. Consulte la *Lista de Medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicios al Miembro para conocer los detalles de la cobertura y de los costos compartidos de cada vacuna en particular.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte es por el costo de la vacuna en sí.
2. La segunda parte es por el costo de darle la vacuna. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de inyección que le administra su médico.

G1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro si desea aplicarse una vacuna.

- Le brindaremos información sobre la cobertura de vacunas de nuestro plan.



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar un pago. También le informa cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos	2
B. Cómo enviar una solicitud de pago	5
C. Decisiones de cobertura.....	6
D. Apelaciones.....	7



A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red deben facturarle al plan por los servicios y medicamentos que usted recibe. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de AmeriHealth Caritas VIP Care le cobren por servicios o medicamentos cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cobro del proveedor.

Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos, no pague la factura y envíenla a nosotros. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó un monto mayor a su parte del costo, tiene derecho a que le realicen un reembolso.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le haremos un reembolso.
 - Si pagó por los servicios cubiertos por Michigan Medicaid, no podemos reembolsarle el dinero, pero el proveedor sí lo hará. Servicios al Miembro o su coordinador de atención y/o el defensor lo ayudará a contactarse con el consultorio del proveedor. El número de teléfono de Servicios al Miembro se encuentra al final de la página.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo avisaremos.

Comuníquese con su coordinador de atención o con Servicios al Miembro si tiene alguna pregunta. Si no sabe cuál es el monto que debería haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, lo podemos ayudar. También puede llamarnos si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Estos son algunos ejemplos de ocasiones en las que puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, pídaenos el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con los comprobantes de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor para solicitarle un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura junto con los comprobantes de los pagos que haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó un monto mayor a su parte del costo por el servicio de Medicare, averiguaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o receta. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan que pague por sus servicios o que pague un monto mayor a su parte del costo. **Llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro** al número que aparece al final de esta página **si recibe una factura**.

- Como pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado. Le haremos un reembolso por los servicios cubiertos.

3. Si usted está inscripto retroactivamente en nuestro plan

A veces su afiliación al plan puede ser retroactiva (esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó, incluso puede ser el año pasado).

- Si se afilió retroactivamente y abonó una factura posteriormente a la fecha de afiliación, puede pedirnos un reembolso.
- Envíenos la factura junto con los comprobantes de los pagos que haya realizado.



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

Si utiliza una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total de su receta médica.

- Solamente en determinados casos cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso por nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta de la parte D de Medicare porque no llevó su tarjeta de identificación para miembros del plan

Si no llevó su tarjeta de identificación para miembros del plan, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que consulte su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información en seguida, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta o que deba volver a la farmacia con su tarjeta de identificación para miembros.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso por nuestra parte del costo.
- Es posible que no le paguemos el costo completo si el precio en efectivo que pagó es mayor al precio acordado para la receta médica.

6. Cuando paga el costo total de una receta de la Parte D de Medicare por un medicamento que no está cubierto

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Puede ocurrir que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* de nuestro sitio web o tenga un requisito o restricción que usted no conocía y cree que no se aplica a su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.



- Si no paga el medicamento pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
- Si usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas creen que necesita el medicamento de inmediato (en 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional para que le devolvamos nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio que pagó es mayor al precio acordado para la receta médica.

Cuando usted nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento deben cubrirse. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe cubrirse, pagamos nuestra parte del costo.

Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura junto con los comprobantes de los pagos que haya realizado por servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Le recomendamos hacer una copia de la factura y de los recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de atención. Debe enviarnos la información dentro de los 365 días de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamos para solicitar el pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- El formulario se encuentra en nuestro sitio web (www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi). También puede llamar a Servicios al Miembro para pedirlo.

Envíenos la solicitud de pago junto con las facturas o recibos por correo a la siguiente dirección:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Para servicios médicos:	Para medicamentos:
AmeriHealth Caritas VIP Care P.O. Box 7075 London, KY 40742-7075	PerformRx/Michigan Attention: Direct Member Reimbursement P.O. Box 516 Essington, PA 19029

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto quiere decir que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, producto o medicamento.

También decidimos el monto que tiene que pagar en el caso de que corresponda.

- Le avisaremos si necesitamos más información suya.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, producto o medicamento y usted cumplió con todas las normas para obtenerlo, le pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por lo que pagó o por nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtiene un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor a nuestro precio acordado). Si no pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* le explica las normas que debe seguir para que se cubran sus servicios. El **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* le explica las normas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le explicará sus derechos a presentar una apelación.
 - Para informarse más sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.
-

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelación tiene procedimientos y plazos detallados. Para informarse más sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*. Para presentar una apelación sobre un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.

- Para presentar una apelación sobre el reembolso del costo de un medicamento, consulte la **Sección G**.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo le informa sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs	3
A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades	4
A. حَقِّكَ فِي الْحَصُولِ عَلَى الْخِدْمَاتِ وَالْمَعْلُومَاتِ بِطَرِيقَةٍ تُلَبِّي أَحْتِيَاجَاتِكَ	6
B. Nuestra responsabilidad respecto del acceso en tiempo y forma a servicios y medicamentos cubiertos	8
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	9
C1. Cómo protegemos su PHI	9
C2. Su derecho a consultar sus registros médicos	9
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	10
E. Prohibición para proveedores de la red de facturarle directamente	11
F. Su derecho de abandonar nuestro plan	11
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	11
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones	12
G2. Su derecho de expresar lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo	12
G3. Qué hacer si no se respetan sus instrucciones	14
H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	14
H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos	14

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipare.com/mi.



I. Sus responsabilidades como miembro del plan..... 15



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your care coordinator or Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic and Spanish and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to AmeriHealth Caritas VIP Care, c/o Member Services, P.O. Box 7075, London, KY 40742-7075.
 - We'll also ask for your preference during our welcome call and later in the year, when you contact the plan. The plan will store your request and continue to send future mailings in the requested format unless you ask us to cancel or change the request. You can cancel or change your request at any time, simply by calling Member Services at 1-844-964-4433 (TTY 711), Hours are listed at the bottom of the page. The call is free

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- **You may file a complaint with Michigan Medicaid by doing the following:**
 - Fill out the Beneficiary Complaint Form (BCF) online at www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/beneficiary-support/msa-0300-online-form. Submitting online will send an email with your BCF to the Beneficiary Support Unit.
 - Print and complete the Beneficiary Complaint Form (MSA-0300).

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Follow the instructions on the form and then mail it to the address shown below:

Michigan Department of Health and Human Services
Health and Aging Services Administration
Customer Services Division
PO Box 30479
Lansing, MI 48909-7979

- If you have questions about the Beneficiary Complaint form or this process, call the **Beneficiary HelpLine** at **1-800-642-3195**.
- **The Michigan Office of Recipient Rights (ORR)** is a state agency that investigates allegations of violations of rights established by the Michigan Mental Health Code.
 - You may file by complaint by contacting the MCCMH-ORR at (586) 469-6528. Our business hours are 8:30 am – 5:00 pm, Monday through Friday. You may also leave a message during non-business hours and staff will contact you during normal business hours.
 - You may also fill out a Recipient Rights Complaint form and either mail, fax or e-mail it.
- Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de forma competente culturalmente y sean accesibles para todos, incluidos aquellos con una competencia limitada en inglés, comprensión lectora limitada, discapacidad auditiva, o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Además, debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para responder las preguntas en otros idiomas.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- Nuestro plan también puede brindarle materiales en idiomas distintos del inglés, incluso árabe y español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios al Miembro o escriba a AmeriHealth Caritas VIP Care, c/o Member Services, P.O. Box 7075, London, KY 40742-7075.
 - También le consultaremos su preferencia en nuestra llamada de bienvenida y, más adelante en el año, cuando se comunique con el plan. El plan conservará su solicitud y continuará enviando correos electrónicos en el formato solicitado, a menos que nos pida que cancelemos o cambiemos la solicitud. Puede solicitar cancelar o cambiar su solicitud en cualquier momento, simplemente llamando a Servicios al Miembro al
 - 1-844-964-4433 (TTY 711), en el horario indicado al final de la página. La llamada es gratuita

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Puede presentar una queja a Michigan Medicaid haciendo lo siguiente:**
 - Rellene el Formulario de Quejas del Beneficiario (BCF) en línea en www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/beneficiary-support/msa-0300-online-form. Al presentarlo en línea se enviará un correo electrónico con su Formulario de Quejas del Beneficiario (BCF) a la Unidad de Soporte del Beneficiario.
 - Imprima y rellene el Formulario de Quejas del Beneficiario (MSA-0300).
 - Siga las instrucciones del formulario y después envíelo a la dirección siguiente:

Michigan Department of Health and Human Services
Health and Aging Services Administration
Customer Services Division
PO Box 30479
Lansing, MI 48909-7979



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- Si tiene preguntas sobre el formulario de Quejas del Beneficiario o sobre este proceso, llame a la **Línea de ayuda al Beneficiario al 1-800-642-3195**.
- **La Oficina de Derechos del Beneficiario de Michigan (Michigan Office of Recipient Rights) (ORR)** es una agencia estatal que investiga denuncias de vulneraciones de los derechos establecidos en el Código de Salud Mental de Michigan (Michigan Mental Health Code).
 - Puede presentar una queja contactando a MCCMH-ORR al (586) 469-6528. Nuestro horario de atención es de 8:30 am a 5:00 pm, de lunes a viernes. También puede dejar un mensaje fuera del horario comercial y el personal le contactará a usted durante el horario de atención normal.
 - También puede rellenar un formulario de Queja de Derechos del Beneficiario y enviarlo por correo postal, fax o correo electrónico.
- Oficina de Derechos Civiles: 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A **حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك**

يتعين علينا التأكد من تقديم جميع الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، إليك بطريقة مناسبة ثقافيًا وسهلة الوصول إليها، بما في ذلك لأولئك الذين يتسمون بكفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات القراءة المحدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وإثنية متنوعة. يجب علينا أيضًا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب علينا إخبارك بحقوقك كل عام. تكون فيه مشتركًا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات مترجم مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة:

- تستطيع خطتنا أيضًا تزويدك بالمواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك اللغة العربية والإسبانية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة، أو طريقة برايل، أو كمادة صوتية. للحصول على المواد بإحدى هذه التنسيقات البديلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو مراسلة AmeriHealth Caritas VIP Care, c/o Member Services, P.O. Box 7075, London, KY 40742-7075

- سنطلب منك أيضًا تحديد تفضيلاتك أثناء مكالمة الترحيب ولاحقًا أثناء العام، عند اتصالك بالخطة. ستقوم الخطة بحفظ طلبك وستستمر في إرسال المراسلات المستقبلية بالتنسيق المطلوب، ما لم تطلب منا إلغاء الطلب أو تغييره. يمكنك إلغاء طلبك أو تغييره في أي وقت، ببساطة من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم
- في الساعات المحددة في أسفل الصفحة. المكالمات مجانية، (TTY 711) 1-844-964-4433

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل في اللغة أو إعاقة ما، وترغب في تقديم شكوى بهذا الخصوص، فاتصل بـ:

- يرجى، TTY لمستخدمي (1-800-633-4227) -MEDICARE على الرقم 1-800 MEDICARE 1-877-486-2048 الاتصال على الرقم.
- كما يجوز لك تقديم شكوى لدى **Michigan Medicaid** باتباع ما يلي:
 - املاً نموذج شكوى المستفيدين عبر الإنترنت على www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/beneficiary-support/msa-0300-online-form. سيؤدي تقديم الطلب عبر الإنترنت إلى إرسال بريد إلكتروني بنموذج شكوى المستفيدين لديك إلى وحدة دعم المستفيدين.
 - اطبع واستكمل نموذج شكوى المستفيدين (MSA-0300)
 - اتبع التعليمات الموجودة في النموذج ثم أرسله بالبريد إلى العنوان التالي
Michigan Department of Health and Human Services
Health and Aging Services Administration
Customer Services Division
PO Box 30479
Lansing, MI 48909-7979
 - إذا كانت لديك أسئلة عن نموذج شكوى المستفيدين أو هذه العملية، فاتصل بـ مساعدة المستفيدين على الرقم **1-800-642-3195**.
- مكتب ميتشجان لحقوق المستفيدين هو وكالة حكومية تقوم بالتحقيق في مزاعم مخالفات الحقوق (ORR) المنصوص عليها في قانون الصحة العقلية في ميتشجان.
 - (586) 469-6528. على الرقم MCCMH-ORR يمكنك تقديم شكوى عن طريق الاتصال بـ تبدأ ساعات العمل لدينا من 8:30 صباحاً – 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضاً ترك رسالة في غير ساعات العمل وسيصل بك الموظفون خلال ساعات العمل العادية.
 - يمكنك أيضاً ملء نموذج شكوى حقوق المستفيدين وإرساله بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني.
- يرجى الاتصال على الرقم، TTY لمستخدمي 1-800-368-1019 مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-537-7697.



B. Nuestra responsabilidad respecto del acceso en tiempo y forma a servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre los tipos de proveedores que pueden actuar como PCP y sobre cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.
 - Llame a Servicios al Miembro o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y sobre los médicos que están aceptando pacientes nuevos.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin derivación. La derivación es la aprobación de su PCP para utilizar un proveedor que no es su PCP.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas en tiempo y forma.
 - Si no puede obtener los servicios en un período de tiempo razonable, tenemos que pagar por atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir los servicios de emergencia o atención que se necesite con urgencia sin aprobación previa (AP).
- Tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.
- Tiene derecho a ser tratado con amabilidad y respeto por el personal del plan.

El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* le informa lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un período de tiempo razonable. También le informa lo que puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Tiene derechos respecto de su información y a controlar el uso de su PHI. Le enviamos un aviso por escrito que explica estos derechos y la forma en la que protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina “Aviso de prácticas de privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

Excepto en los casos que se mencionan a continuación, no proporcionamos su PHI a nadie que no le brinde atención ni pague por su atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted u otra persona autorizada a tomar decisiones por usted pueden otorgar el permiso por escrito.

En ciertas ocasiones, no necesitamos obtener previamente su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley:

- Debemos suministrar PHI a dependencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos suministrar PHI por orden judicial.
- Debemos suministrarle su PHI a Medicare con información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación o con otro propósito, lo harán en cumplimiento de las leyes federales. Michigan Medicaid puede divulgar su información sin su permiso con fines de tratamiento, pago, atención médica o cuando lo requiera la ley.

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos

- Tiene derecho a ver sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted lo solicita, trabajamos con su proveedor médico para decidir si es necesario realizar los cambios.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Usted tiene derecho a saber si suministramos su PHI y cómo la transmitimos con fines que no sean de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios al Miembro.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a recibir información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para solicitar un intérprete, llame a Servicios al Miembro. Este es un servicio gratuito. También puede solicitar material escrito en árabe y en español. Además, podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes, llame a Servicios al Miembro:

- Cómo elegir o cambiar de plan.
- Nuestro plan, que incluye:
 - Información financiera
 - Puntaje asignado por los miembros del plan
 - La cantidad de apelaciones presentadas por los miembros
 - Cómo abandonar el plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluyen:
 - Cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
 - Credenciales de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - Formas de pago a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen:
 - Servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este Manual del Miembro) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este Manual del Miembro) cubiertos por nuestro plan
 - Límites en la cobertura y los medicamentos

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Los motivos por los cuales determinada prestación no está cubierta y lo que puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*), lo que incluye pedirnos que:
 - Asentemos por escrito el motivo por el cual determinada prestación no está cubierta
 - Cambiemos una decisión que tomamos
 - Paguemos una factura que recibió

E. Prohibición para proveedores de la red de facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden exigirle el pago de servicios cubiertos. Tampoco pueden compensar facturas ni cobrarle si nosotros pagamos menos de lo que cobra el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

F. Su derecho de abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare o de otro plan de Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del Miembro*:
 - Para obtener más información sobre el momento en que puede afiliarse a un nuevo MA o plan de cobertura de medicamentos.
 - Para obtener información sobre cómo obtener la cobertura de Michigan Medicaid al abandonar nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Saber cuáles son los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre los riesgos. Debemos informarle de antemano si el servicio o el tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a acudir a otro médico antes de decidir el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho de dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que se quede. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja del plan. Sin embargo, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda.
- **Pedirnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor denegó la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que fue denegado o que generalmente no está cubierto.** Esto se llama una “decisión de cobertura”. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* le explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho de expresar lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por usted mismo

En Michigan, puede emitir un documento jurídico denominado **Poder permanente para atención médica (DPOA-HC)**. Este documento le permite designar un **representante del paciente** que podrá tomar decisiones médicas por usted en caso de que se vuelva incapaz y no pueda tomar sus propias decisiones. El DPOA-HC puede incluir “directivas anticipadas” tal como se describe a continuación. A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, puede:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Completar un formulario escrito para **otorgarle a alguien el derecho de tomar decisiones médicas por usted** en el caso de que en algún momento se vuelva incapaz de tomar decisiones por usted mismo.
- **Darle a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo administrar su atención médica en el caso de que no pueda tomar decisiones por usted mismo, incluso atención que **no** desea.

El documento legal que se utiliza para dar instrucciones se denomina “directivas anticipadas”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas con nombres diferentes. Algunos ejemplos son el testamento vital y el poder para atención médica.

No tiene la obligación de tener directivas anticipadas, pero puede hacerlo. Si desea emitir directivas anticipadas, deberá:

- **Conseguir el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, trabajador social o en algunas tiendas de insumos para oficinas. Las farmacias y los consultorios médicos suelen tener los formularios. También puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo.
- **Llenar y firmar el formulario.** El formulario es un documento legal. Se recomienda contar con la ayuda de un abogado o de otra persona de confianza, como un pariente o su PCP, para completarlo.
- **Entregar copias del formulario a quienes deban estar al tanto.** Entréguele una copia del formulario a su médico. También debería entregarle una copia a la persona que designe para tomar decisiones en su nombre si usted no puede. También puede entregarles copias a sus amigos cercanos o a los integrantes de su familia. No olvide conservar una copia en casa.
- Si lo van a internar y firmó directivas anticipadas, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene consigo.
 - Si no tiene un formulario firmado de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Pedir que agreguen sus directivas anticipadas a sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus directivas anticipadas en cualquier momento.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo dependiendo de si ha firmado o no unas directivas anticipadas. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se respetan sus instrucciones

Si firmó directivas anticipadas y cree que el médico u hospital no respetaron las instrucciones, puede presentar una queja en el Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de Michigan, Oficina de Sistemas Comunitarios y de Salud al 1-800-882-6006.

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre los servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para modificar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado en nuestra contra. Llame a Servicios al Miembro para solicitar esta información.

H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo hemos tratado injustamente, y **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el **Capítulo 11** de este *Manual del Miembro*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios al Miembro.
- MI Options al 1-800-803-7174. Para conocer los detalles sobre MI Options, consulte el **Capítulo 2**.
- Defensor de la Comunidad, Hogar y Salud de MI (MI CHHO) al 1-888-746-6456. Para conocer los detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

Atención al Cliente de Medicaid - MSA/MDHHS al 1-800-642-3195. Desde Michigan solamente, llame al 1-800-642-3195.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de realizar lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna duda, llame a Servicios al Miembro.

- **Leer este *Manual del Miembro*** para saber qué es lo que cubre nuestro plan y conocer las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre su:
 - Cobertura de servicios, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*. Esos capítulos le informan lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que tiene que pagar.
 - Cobertura de medicamentos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que esté utilizando todas sus opciones de cobertura al recibir atención médica. Llame a Servicios al Miembro si tiene otra cobertura.
- **Decirle a su médico y a otros proveedores médicos** que está afiliado a nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- **Ser considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en hospitales y en consultorios de otros proveedores.
- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de realizar los siguientes pagos:
 - Primas de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para casi todos los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care, Michigan Medicaid paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B de Medicare.
 - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento. Esto se realiza mediante un coseguro o copago. El **Capítulo 6** le explica lo que debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación).
- **Informarnos si se muda.** Si se va a mudar, avísenos de inmediato. Llame a Servicios al Miembro.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de cobertura, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de cobertura pueden estar afiliados a este plan. El **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro* le informa sobre nuestra área de cobertura.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de cobertura. Durante un período de afiliación especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su zona nueva.
 - Informe su nueva dirección a Medicare y a Michigan Medicaid cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para conocer los números de teléfono de Medicare y Michigan Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de cobertura, igualmente necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- **Si se muda, avísele al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**
- **Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**
- Los miembros de 55 años o más que reciben servicios de atención a largo plazo pueden estar sujetos a recuperación del patrimonio después de su muerte. Para obtener más información, puede:
 - Comunicarse con su coordinador de atención, o
 - Llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios al 1-800-642-3195, o
 - Visitar el sitio web en www.michigan.gov/estaterecovery o
 - Enviar sus preguntas por correo electrónico a:
MDHHS-EstateRecovery@michigan.gov



Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, producto o medicamento que su plan dijo que no cubriría.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su atención.
- Cree que la cobertura de sus servicios finaliza demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación.**

Debería recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo y otros apoyos y servicios que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. Primero debe intentar trabajar con sus proveedores y con AmeriHealth Caritas VIP Care. **Si aún tiene problemas con su atención o con nuestro plan, puede llamar al Defensor de la Comunidad, Hogar y Salud de MI (MI CHHO) al 1-888-746-6456.** Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al MI CHHO para que lo ayude a resolver su problema. Para conocer otros recursos para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2**, Sección G para obtener más información sobre los programas de defensores del pueblo.

Índice

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....	4
A1. Sobre los términos legales.....	4
B. Dónde recibir ayuda	4
B1. Para obtener más información y ayuda	4

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



C. Información sobre quejas y apelaciones de Medicare y Michigan Medicaid en nuestro plan..	5
D. Problemas con sus beneficios.....	6
E. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	6
E1. Decisiones de cobertura	7
E2. Apelaciones	8
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones.....	8
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo.....	10
F. Atención médica.....	10
F1. Uso de esta sección.....	10
F2. Cómo solicitar decisiones de cobertura	11
F3. Cómo presentar una apelación de nivel 1.....	14
F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2.....	19
F5. Problemas de pago.....	24
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare	25
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D de Medicare	26
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	27
G3. Información importante sobre la solicitud de excepciones	29
G4. Solicitud de decisiones de cobertura, incluso excepciones.....	30
G5. Cómo presentar una apelación de nivel 1	33
G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2	35
H. Solicitudes de cobertura de internaciones prolongadas.....	37
H1. Información sobre sus derechos de Medicare.....	38
H2. Cómo presentar una apelación de nivel 1	39
H3. Cómo presentar una apelación de nivel 2	41

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



I. Solicitud de continuación de cobertura de determinados servicios médicos	42
I1. Notificación previa a la finalización de su cobertura	42
I2. Cómo presentar una apelación de nivel 1	43
I3. Cómo presentar una apelación de nivel 2.....	45
J. Apelaciones de niveles superiores.....	46
J1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare.....	46
J2. Apelaciones adicionales de Michigan Medicaid	48
J3. Apelaciones de niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare.....	48
K. Cómo presentar una queja.....	49
K1. Tipos de problemas que pueden derivar en quejas.....	49
K2. Quejas internas.....	52
K3. Quejas externas.....	53

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo le explica los procesos para resolver problemas e inquietudes. El proceso que deba seguir depende del tipo de problema que tenga. Siga un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas reclamos).

Para garantizar la imparcialidad y prontitud, cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

A1. Sobre los términos legales

Este capítulo indica los términos legales que se aplican a algunas normas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que utilizamos palabras más simples en lugar de los términos legales siempre que sea posible. Usamos las abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”.
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE).

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por lo que también se los proporcionamos.

B. Dónde recibir ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces es confuso iniciar o seguir el proceso para resolver un problema, especialmente si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, puede suceder que no cuente con la información necesaria para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa MI Options de Michigan. Puede llamar al Programa MI Options. Los asesores pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender cómo resolver su problema. MI Options no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



plan médico. MI Options tiene asesores capacitados en todos los condados y los servicios no tienen costo. El teléfono de MI Options es 1-800-803-7174 (TTY 711). Puede llamar de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m. Ayuda e información de Medicare

También puede comunicarse con Medicare para recibir más información y ayuda. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

Ayuda e información de Michigan Medicaid

Puede llamar a la línea de ayuda al beneficiario al 1-800-642-3195 de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. de lunes a viernes (excepto feriados) o enviar un correo electrónico a beneficiarysupport@michigan.gov. El sitio web de asistencia al beneficiario es www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support.

C. Información sobre quejas y apelaciones de Medicare y Michigan Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Michigan Medicaid La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Michigan Medicaid. Esto se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Michigan Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Michigan Medicaid no se pueden combinar. En esos casos, deberá utilizar un proceso para los beneficios de Medicare y otro para los de Michigan Medicaid. La **Sección F4** explica estos casos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



D. Problemas con sus beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las secciones de este capítulo que corresponden a su situación. El cuadro siguiente lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud se relaciona con los beneficios o la cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si una atención médica en particular (productos médicos, servicios, apoyos y servicios a largo plazo y/o medicamentos de la Parte B) está o no está cubierta, la manera en que está cubierta y problemas con el pago de atención médica.	
<p style="text-align: center;">Sí.</p> <p style="text-align: center;">Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección E, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.</p>	<p style="text-align: center;">No.</p> <p style="text-align: center;">Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección K, “Cómo presentar una queja”.</p>

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y de presentación de apelaciones aborda problemas relativos a sus beneficios y a la cobertura de su atención médica (servicios, productos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para facilitar el proceso, por lo general nos referimos a los productos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **atención médica**.

NOTA: Los servicios especializados de salud del comportamiento de Medicaid están cubiertos por su Plan de salud prepago para pacientes hospitalizados (PIHP). Esto incluye servicios y apoyos de salud mental, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por uso de sustancias. Si el PIHP toma una decisión de cobertura con la cual no está de acuerdo, debe apelar contra el PIHP. La información el PIHP de su zona se encuentra en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Si vive en los condados de Macomb o Wayne, comuníquese con el PHIP para obtener información sobre decisiones de cobertura y apelaciones sobre servicios de salud del comportamiento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



→ **Línea de información general del PIHP para el condado de Macomb**

Llame al	1-855-996-2264. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a. m. a 8:30 p. m. Ofrecemos servicios de interpretación sin cargo para las personas que no hablan inglés.
TTY	844-578-6563. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:45 p. m.

→ **Línea de información general del PIHP para el condado de Wayne**

Llame al	1-800-241-4949. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m. Ofrecemos servicios de interpretación sin cargo para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-630-1044. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o que el servicio derivado no se cubre en ningún caso (consulte el **Capítulo 4, Sección H** de este *Manual del Miembro*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no sepan si cubrimos un servicio médico específico o si nos negaremos a brindar cierta atención médica que usted cree que necesita. **Si**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

Tomamos una decisión de cobertura siempre que decidimos lo que está cubierto y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare o Michigan Medicare ya no se los cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos con todas las normas correctamente. La apelación es analizada por revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original.

Una vez que completamos la revisión, le informamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una “decisión rápida o acelerada de cobertura” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **denegamos** la totalidad o parte de su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente (IRO) para una apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de la Parte D de Medicare o un servicio o producto de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2. Si su problema es sobre cobertura de un servicio o producto cubierto por Medicare y Medicaid, la carta le brindará información sobre los dos tipos de apelaciones de nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles de apelación adicionales.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede solicitar ayuda de cualquiera de las siguientes formas:

- Llame a su **Coordinador de la atención** al 1888-964-4433.
- **Servicios al Miembro** a los números que aparecen al final de la página.
- MI Options al 1-800-803-7174.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Llame al **Defensor de la Comunidad, Hogar y Salud de MI (MI CHHO)** para obtener ayuda gratuita. El MI CHHO puede ayudarlo con preguntas o problemas con el programa MICH o con nuestro plan. El MI CHHO es un programa independiente y no está relacionado con este plan. El número de teléfono es 1-888-746-6456.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o integrante de su familia.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no tiene la obligación de tener un abogado** para pedir una decisión de cobertura ni para presentar una apelación.
 - Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencias. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne ciertos requisitos.
- **Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo de Michigan (MLTCOP) -** El MLTCOP se esfuerza por mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida de los residentes de asilos de ancianos, residencias para la tercera edad y hogares temporales para adultos. El MLTCOP incluye al Defensor del Estado, al personal del estado y a una red de defensores locales a quienes el programa del Defensor del Estado entrena, designa y supervisa. Para comunicarse con el defensor local en su zona, llame al 866-485-9393 o envíenos un correo electrónico a mltcop.org/contact.

Complete el formulario de designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe en su representación. El formulario le otorga permiso a la persona para actuar en su nombre.

Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página para solicitar un formulario de “designación de representante”. También podrá encontrar el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web: www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi. **Deberá darnos una copia del formulario firmado.**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Le brindamos detalles para cada una en una sección por separado de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F** - “Atención médica”.
- **Sección G** - “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.
- **Sección H** - “Solicitudes de cobertura de internaciones prolongadas”.
- **Sección I** - “Solicitud de continuación de cobertura de determinados servicios médicos” [esta sección solo se aplica a los siguientes servicios: atención médica domiciliaria, atención en un establecimiento de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)].

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página.

F. Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de la atención médica o si quiere que le reembolsemos lo que gastó en su atención.

Esta sección detalla sus beneficios de la atención médica que se describe en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* en el cuadro de beneficios. En algunos casos, se aplican normas distintas a los medicamentos de la Parte B de Medicare. En esos casos, le explicamos las diferencias entre las normas que se aplican a los medicamentos bajo receta de la Parte B de Medicare y las normas que se aplican a servicios y productos médicos.

F1. Uso de esta sección

Esta sección le explica lo que puede hacer en las siguientes cinco situaciones:

1. Usted cree que cubrimos atención médica que necesita pero no está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quiere brindarle y usted cree que deberíamos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no la pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó atención médica que pensó que estaban cubiertos y desea solicitarnos un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos el reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura de determinada atención médica y cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducción o finalización de atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es por atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican normas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o finalización de su cobertura para determinada atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar decisiones de cobertura

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

Usted, su médico o su representante pueden pedirnos una decisión de cobertura de las siguientes formas:

- Por teléfono: 1-844-964-4433, TTY: 711.
- Por fax: 1-855-329-6400.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Por correo:

AmeriHealth Caritas VIP Care
Prior Authorization Medical Care
P.O. Box 7075
London, KY 40742-7075

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, utilizaremos el plazo “estándar” a menos que hayamos acordado aplicar el plazo “rápido”. Una decisión de cobertura estándar quiere decir que le daremos una respuesta en:

- **7 días corridos** desde la recepción de su solicitud **respecto de un servicio o producto médico sujeto a nuestras normas de autorización previa.**
- **14 días corridos** desde la recepción de su solicitud **respecto de cualquier otro servicio o producto médico.**
- **72 horas** desde la recepción de su solicitud **respecto de un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para productos o servicios médicos, podemos tomarnos hasta 14 días corridos adicionales si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos más días si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no deberíamos** tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre presentación de quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Decisión rápida de cobertura

El término legal para decisión de cobertura rápida es **determinación acelerada**.

Cuando nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiere una respuesta rápida, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Una decisión rápida de cobertura quiere decir que le daremos una respuesta en:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- **72 horas** desde la recepción de su solicitud respecto de un servicio o producto médico.
- **24 horas** desde la recepción de su solicitud respecto de un medicamento de la Parte B de Medicare.

Para productos o servicios médicos, podemos tomarnos hasta 14 días corridos adicionales si determinamos que falta información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar una decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no deberíamos** tomarnos más días para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluso quejas rápidas, consulte la **Sección K**. Lo llamaremos inmediatamente después de tomar la decisión.

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

- Solicitar cobertura de productos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión rápida de cobertura sobre el pago de productos o servicios que ya recibió.
- Aplicar los plazos estándar **podría perjudicar gravemente su salud** o dañar sus capacidades.

Le brindaremos una decisión rápida de cobertura automáticamente si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si obtiene una decisión rápida de cobertura.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviamos una carta que lo indique y aplicamos el plazo estándar. La carta le indica lo siguiente:
 - Le brindamos una decisión rápida de cobertura automáticamente si su médico la solicita.
 - Cómo presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre presentación de quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Si rechazamos la totalidad o parte de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Si considera que cometimos un error, presentar una apelación es la manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, deberá seguir el nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En ciertas circunstancias, la solicitud de una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, una solicitud será desestimada en los siguientes casos:

- Cuando la solicitud está incompleta,
- Cuando otra persona presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado a hacerlo o
- Cuando usted solicita el desistimiento de la solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación que le explicará los motivos de la desestimación y el procedimiento para solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se describen en la sección siguiente.

F3. Apelaciones de nivel 1

Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-844-964-4433 (TTY 711).

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o por teléfono al 1-844-964-4433 (TTY 711).

- Si su médico u otro profesional solicita la continuación de un servicio o producto que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que necesite designarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si otra persona que no sea su médico presenta la apelación en su nombre, adjunte un formulario de designación de representante mediante el cual autorice a esa persona a representarlo. Podrá encontrar el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web: www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimamos su solicitud y
 - Le enviamos una notificación por escrito que explica su derecho de solicitarle a la IRO que revise nuestra decisión de desestimación de su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días corridos a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene un motivo válido que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos válidos son: tuvo una enfermedad grave o le proporcionamos información incorrecta sobre el plazo. Explique el motivo por el cual se atrasó su apelación cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden suministrarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre cobertura, usted y/o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le brindaremos una apelación rápida automáticamente si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si corresponde una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta que lo indique y aplicamos el plazo estándar. La carta le indica lo siguiente:
 - Le brindamos una apelación rápida automáticamente si su médico la solicita.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Cómo presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de otorgarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre presentación de quejas, incluso las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que vamos a cancelar o reducir servicios o productos que usted ya está recibiendo, es posible que pueda continuar con esos servicios y productos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o producto que usted recibe, le enviamos una notificación antes de actuar.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o producto si solicita una apelación de nivel 1 dentro de un período de 10 días corridos a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha en que se implementará la decisión, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o producto sin cambios mientras su apelación de nivel 1 esté en trámite.
 - También recibirá todos los demás servicios o productos (que no estén sujetos a su apelación) sin modificaciones.
 - Si no apela antes de dichas fechas, entonces su servicio o producto no continuará mientras espera una decisión sobre su apelación.

Analizamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a mirar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si cumplimos con todas las normas al **denegar** su solicitud.
- Recopilaremos más información en caso de ser necesario. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Hay plazos que se aplican a las apelaciones rápidas.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días corridos más** si su solicitud es por un producto o servicio médico.
 - Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas o a más tardar al final del período adicional, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisa una IRO. Más adelante en esta sección, le brindamos información sobre esta organización y explicamos el proceso de apelaciones de nivel 2. Si su problema es sobre cobertura de un servicio o producto de Medicaid, puede solicitar usted mismo una Audiencia Justa de nivel 2 en el estado ni bien se cumple el plazo. En Michigan, las Audiencias Justas se llevan a cabo en la Oficina de Audiencias y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR). **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura acordada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si denegamos parte o la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de nivel 2.

Hay plazos que se aplican a las apelaciones estándar.

- Cuando aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días corridos** posteriores a la recepción de su apelación por cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días corridos** posteriores a la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si su solicitud es por prestaciones de Servicios de Atención Médica Especial para Niños (CSHCS), debemos darle nuestra respuesta dentro de los 10 días corridos posteriores a la recepción de su apelación por cobertura de servicios que no recibió.
- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días corridos más** si su solicitud es para un producto o servicio médico.
 - Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si cree que **no deberíamos** tomarnos más días, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en 24 horas. Para obtener más información sobre presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
 - Si no le damos una respuesta dentro del plazo o al final del período adicional, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisa una IRO. Más adelante en este capítulo, hablamos sobre esta organización y explicamos el nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema es sobre cobertura de un servicio o producto de Medicaid, puede solicitar usted mismo una Audiencia Justa de nivel 2 en el estado ni bien se cumple el plazo. En Michigan, *la Oficina de Audiencias y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR)* es el organismo que se encarga de llevar a cabo las Audiencias Justas.

Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días corridos o **dentro de los 7 días corridos** si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare, desde la recepción de su apelación.

En el caso de que se **deniegue** la totalidad o parte de su solicitud, **usted tiene derechos adicionales de apelación:**

- Si **denegamos** la totalidad o parte de su solicitud, le enviaremos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la IRO para una apelación de nivel 2.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Michigan Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación de nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si **denegamos** parte o la totalidad de su apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informa si Medicare, Michigan Medicaid o ambos programas en general cubren el servicio o producto.

- Si su problema es sobre un servicio o producto que en general está cubierto por Medicare, automáticamente enviamos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones cuando finaliza la apelación de nivel 1.
- Si su problema se relaciona con un servicio o producto que en general está cubierto por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. La carta le explicará cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema está asociado a un servicio o producto que puede estar cubierto **tanto por Medicare como por Michigan Medicaid**, automáticamente obtendrá una apelación de nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una Audiencia Justa con el estado.

Si cumplió con los requisitos de continuación de beneficios cuando presentó la apelación de nivel 1, sus beneficios del servicio, producto o medicamento sujeto a apelación también pueden continuar durante el nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre continuación de beneficios durante apelaciones de nivel 1.

- Si su problema se relaciona con un servicio en general cubierto solamente por Medicare, sus beneficios por ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de nivel 2 con la IRO.
- Si su problema se relaciona con un servicio que en general está cubierto solamente por Michigan Medicaid, los beneficios que recibe por ese servicio continúan si presenta una apelación de nivel 2 dentro de un período de 10 días corridos desde la recepción de nuestra carta con la decisión.

Si su problema se relaciona con un servicio o producto que en general está cubierto por Medicare

La IRO revisa su apelación. La IRO es una organización independiente contratada por Medicare.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



El nombre oficial de la Organización de revisión independiente (IRO) es **Entidad de revisión independiente**, a veces llamada **IRE**.

- Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia de gobierno. Medicare eligió a la empresa para que fuera IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros le enviamos información sobre su apelación (su “expediente”) a esta organización. Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de su expediente.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la IRO para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO examinan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una apelación rápida en el nivel 1, su apelación también será rápida en el nivel 2

- Si se le permitió presentar una apelación rápida con nosotros en el nivel 1, automáticamente obtiene una apelación rápida en el nivel 2. La IRO debe responder su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un producto o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días corridos más**. La IRO no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si presentó una apelación estándar en el nivel 1, su apelación también será estándar en el nivel 2.

- Si presentó una apelación estándar con nosotros en el nivel 1, automáticamente obtiene una apelación estándar en el nivel 2.
- Si su solicitud se relaciona con un producto o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días corridos** posteriores a la recepción de su apelación.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días corridos** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un producto o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días corridos más**. La IRO no se toma más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le da una respuesta por escrito y explica los motivos.

- **Si la IRO acepta parte o la totalidad de una solicitud para un producto o servicio médico, debemos:**
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas, o**
 - Prestar el servicio dentro de los **14 días corridos** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar o**
 - Prestar el servicio **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO acepta parte o la totalidad de una solicitud respecto de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o entregar el medicamento de la parte B de Medicare en conflicto:**
 - **Dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar o**
 - **Dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO deniega parte o la totalidad de su apelación**, eso significa que está de acuerdo en que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea avanzar con el proceso de apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del nivel 2 (cinco niveles en total).

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si se rechaza su apelación de nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea avanzar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. La información sobre cómo hacerlo está en la notificación escrita que recibe luego de su apelación de nivel 2.
- Las apelaciones de nivel 3 son analizadas por un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o abogado mediador. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

Cuando su problema se relaciona con un servicio o producto que en general está cubierto por Medicaid o por Medicare y Michigan Medicaid

Una apelación de nivel 2 por servicios que en general están cubiertos por Michigan Medicaid es una audiencia justa con el estado. En Michigan, las audiencias justas son llevadas a cabo por la Oficina de Audiencias y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR). Debe solicitar una audiencia justa por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días corridos** posteriores a la fecha del envío de la carta con la decisión en su apelación de nivel 1. La carta que le enviamos le dice dónde presentar su solicitud de audiencia justa.

Proceso de apelaciones de nivel 2 de Medicaid

Para solicitar una audiencia justa de la MOAHR, debe completar un formulario de solicitud de audiencia. Le enviaremos un formulario de solicitud de audiencia con la notificación de decisión de apelación. También puede obtener el formulario llamando a la línea de ayuda para beneficiarios de Michigan Medicaid al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o 1-800-975-7630 si llama desde un servicio telefónico basado en Internet, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Complete el formulario y envíelo a: Michigan Office of Administrative Hearings and Rules (MOAHR) PO Box 30763 Lansing, MI 48909 FAX: 517-763-0146. También puede iniciar una audiencia justa llamado al 1-800-648-3397. Puede solicitar una audiencia justa abreviada (rápida) llamando a dicho número, por correo o enviando un fax al número que se muestra arriba.

Luego de que la MOAHR reciba su solicitud de audiencia justa, le enviará una carta en la que se le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. Las audiencias generalmente se llevan a cabo por teléfono, pero puede solicitar que su audiencia se realice en persona. La MOAHR debe darle una respuesta por escrito dentro de los 90 días corridos posteriores a la recepción de su solicitud de audiencia justa. Si usted reúne los requisitos para una audiencia justa acelerada, la MOAHR debe darle una respuesta dentro de las 72 horas. Sin embargo, si la MOAHR necesita recopilar más información que podría ayudarlo, puede tomarse hasta 14 días corridos más. Después de recibir la decisión final de la MOAHR, tiene 30 días corridos a partir de la fecha de la decisión para presentar una solicitud de nueva audiencia/reconsideración y/o presentar una apelación ante el Tribunal de Circuito.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



También tiene derecho a solicitar una revisión externa ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS). Primero debe completar nuestro proceso de apelaciones internas antes de poder solicitar este tipo de apelación externa. Su solicitud de revisión externa debe enviarse dentro de los 127 días corridos posteriores a la recepción de nuestra decisión de apelación interna.

Para solicitar una revisión externa del DIFS, debe completar el formulario de solicitud de revisión externa de atención médica. Le enviaremos este formulario con nuestra notificación de decisión sobre la apelación. También puede obtener una copia del formulario llamando a DIFS al 1-877-999-6442. Complete el formulario y envíelo con toda la documentación de respaldo a: DIFS Office of Research, Rules, and Appeals – Appeals Section PO Box 30220 Lansing, MI 48909-7720 FAX: 517-284-8838 Correo electrónico: DIFS-HealthAppeal@Michigan.gov Línea directa para el consumidor de DIFS: 1-877-999-6442.

Si su solicitud no implica la revisión de registros médicos, el Director del DIFS llevará a cabo la revisión externa. Si su solicitud involucra cuestiones de necesidad médica o criterios de revisión clínica, se enviará a una Organización de Revisión Independiente (IRO) separada. Si la revisión la realiza el Director y no requiere la revisión de una IRO, el Director emitirá una decisión dentro de los 14 días corridos posteriores a la aceptación de su solicitud. Si la revisión se remite a una IRO, la IRO dará su recomendación al DIFS dentro de los 14 días corridos posteriores a la asignación de la revisión. El Director emitirá una decisión dentro de los 7 días hábiles posteriores a la recepción de la recomendación de la IRO. Si el plazo estándar para la revisión pondría en peligro su vida o su salud, puede solicitar una revisión acelerada (rápida). Las revisiones aceleradas se realizan en 72 horas a partir de su solicitud. Para reunir los requisitos de la revisión acelerada, su médico debe confirmar que el plazo de la revisión estándar pondría en peligro su vida o su salud. Si no está de acuerdo con la decisión de la Revisión Externa, tiene derecho a apelar ante el Tribunal de Circuito del condado donde vive o ante el Tribunal de Reclamaciones de Michigan en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la decisión.

La oficina de audiencias justas le envía una decisión por escrito con los motivos.

- Si la oficina de audiencias justas **acepta** parte o la totalidad de la solicitud de un producto o servicio médico, debemos autorizar o brindar el servicio o producto **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión.
- Si la oficina de audiencias justas **rechaza** parte o la totalidad de su apelación, esto significa que está de acuerdo en que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de determinada atención médica. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o la oficina de audiencias justas **deniega** la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene derecho a seguir apelando.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Si su apelación de nivel 2 se dirigió a la **IRO**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o producto solicitado alcanza un monto mínimo determinado. Las apelaciones de nivel 3 son analizadas por un ALJ o abogado mediador. **La carta que recibe de la IRO le explica los derechos de apelación adicionales que pueda tener.**

La carta que recibe de la oficina de audiencias justas describe la opción de apelación siguiente.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación de nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen por servicios y productos cubiertos, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o producto cubierto. Usted nunca tiene que pagar el saldo de ninguna factura. El único monto que deberían pedirle que abone es el copago por *categorías de medicamentos que tienen copago*.

Si recibe una factura por servicios y productos cubiertos, envíenos la factura. No la pague. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si cumplió con las normas para obtener servicios o productos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*. Dicho capítulo describe situaciones en las que es posible que deba pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación para solicitarnos un pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Averiguaremos si el servicio o producto por el que pagó está cubierto y si siguió todas las normas de utilización de su cobertura.

- Si el servicio o producto que pagó está cubierto y cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago por el servicio o producto generalmente en 30 días corridos o a más tardar 60 días corridos posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si aún no ha pagado el servicio o producto, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, esto quiere decir que **aceptamos** su solicitud de decisión de cobertura.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si el servicio o producto no está cubierto o si no cumplió con todas las normas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o producto con los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Al seguir esas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le hagamos un reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días corridos posteriores a la recepción de su apelación.

Si **denegamos** su apelación y en general **Medicare** cubre el servicio o producto, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y establece que deberíamos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en 30 días corridos. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en 60 días corridos.
- Si la IRO **deniega** su apelación, esto significa que están de acuerdo en que no deberíamos aprobar su solicitud. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en donde se explicarán sus derechos adicionales de apelación. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

Si **denegamos** su apelación y en general Michigan Medicaid cubre el servicio o producto, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría de estos medicamentos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre pero que pueden estar cubiertos por Michigan Medicaid. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare**. Nos referiremos a “medicamentos” en adelante en esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez. Para medicamentos cubiertos solamente por Medicaid, siga el proceso de la **Sección E**.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Para tener cobertura, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto quiere decir que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o está respaldado por determinadas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre indicaciones médicamente aceptadas.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D de Medicare

Los siguientes son ejemplos de las decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción; por ejemplo, nos pide que:
 - Cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o
 - No apliquemos determinada restricción sobre nuestra cobertura de un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si le cubrimos determinado medicamento (por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan pero tenemos que aprobarlo antes de cubrirlo).

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta médica no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le envía una notificación por escrito para explicarle cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

La decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se llama **“determinación de cobertura”**.

- Nos solicita que paguemos un medicamento que ya compró. Esto consiste en solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el siguiente cuadro como ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que dejemos de aplicar determinada norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección G2, luego consulte las Secciones G3 y G4.</p>	<p>Quiere que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y cree que cumple con las normas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.</p> <p>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</p> <p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Quiere solicitarnos que realicemos un reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó.</p> <p>Puede pedirnos el reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Le dijimos que no cubriremos o que no pagaremos un medicamento de la forma que usted desea.</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que volvamos a examinar el caso).</p> <p>Consulte la Sección G5.</p>

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento como a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional tendrá que explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o la eliminación de una restricción sobre un medicamento a veces se denomina **excepción al formulario**.

Solicitar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido a veces se denomina pedir una **excepción de nivel**.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, usted abona el copago que le corresponde a los medicamentos del nivel 4.
- No puede obtener una excepción respecto del monto del copago que le corresponde al medicamento.

2. Eliminación de una restricción sobre un medicamento cubierto.

- Se aplican normas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información).
- Las normas y restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos son:
 - Tener que usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto a veces se denomina “autorización previa (AP)”.
 - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. Esto a veces se denomina “terapia escalonada”.
 - Límites en la cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones con respecto a la cantidad de medicamento que puede obtener.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción al monto del copago que debe abonar.

3. Modificación de la cobertura de un medicamento para pasarlo a un menor nivel de costos compartidos. Cada uno de los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de los 9 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costos compartidos, menor será el monto del copago.

- Nuestra *Lista de medicamentos* suele incluir más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”.
- Si hay un medicamento alternativo para su enfermedad que se encuentra en un nivel más bajo de costos compartidos que el medicamento que usted está tomando, puede pedirnos que lo cubramos al monto de costos compartidos del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
 - Si el medicamento que usted toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo de alternativas de marca para su afección.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo de alternativas genéricas o de marca para su afección.
- No puede pedirnos que modifiquemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del nivel 5 (especializados).
- Si aprobamos su solicitud de excepción al nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, en general paga el monto más bajo.

G3. Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico u otro profesional debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional debe enviarnos una declaración que explique las razones médicas que justifican una excepción. Para que podamos tomar una decisión más rápidamente, incluya esta información de su médico u otro profesional cuando solicite la excepción.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Por lo general, nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causa más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivel, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles inferiores de costos compartidos tenga la misma eficacia o que todos probablemente le provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- En el caso de que **aceptemos** su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto ocurrirá siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre presentación de apelaciones en caso de **denegación**.

La sección siguiente explica cómo solicitar decisiones de cobertura, incluso excepciones.

G4. Solicitud de decisiones de cobertura, incluso excepciones

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desee llamando al 1-844-964-4433 (TTY 711), por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que emita sus recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otro profesional que emita sus recetas) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar un representante.
- No hace falta emitir un permiso por escrito para que su médico u otro profesional solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye los motivos de su médico u otro profesional que justifican la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional puede enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo. También nos pueden informar por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, solicite una “decisión rápida de cobertura”.

Utilizamos los “plazos estándar” a menos que acordemos aplicar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

La “decisión rápida de cobertura” se llama “**determinación acelerada de cobertura**”.

Puede obtener una decisión rápida de cobertura en los siguientes casos:

- Por un medicamento que no recibió. No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos está pidiendo que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidades se verían gravemente afectadas en caso de aplicar los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, lo aceptamos y se la otorgamos. Le enviamos una carta para informarle.

- Si solicita una decisión rápida de cobertura sin el apoyo de su médico u otro profesional, decidimos si obtiene una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, aplicamos los plazos estándar.
 - Le enviamos una carta para informarle. La carta también le informa cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta en 24 horas. Para obtener más información sobre presentación de quejas, incluso quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para las decisiones rápidas de cobertura

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le enviamos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para revisión por parte de una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.
- En el caso de que **aceptemos** la totalidad o parte de su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración de respaldo de su médico.
- Si **rechazamos** la totalidad o parte de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo presentar una apelación.

Plazos para decisiones estándar de cobertura sobre un medicamento que no recibió

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le enviamos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para revisión de una IRO.
- En el caso de que **aceptemos** la totalidad o parte de su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración de respaldo de su médico para la excepción.
- Si **rechazamos** la totalidad o parte de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo presentar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Plazos para decisiones estándar de cobertura sobre medicamentos que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días corridos posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para revisión por parte de una IRO.
- Si **aceptamos** la totalidad o parte de su solicitud, realizamos un reembolso en 14 días corridos.
- Si **rechazamos** la totalidad o parte de su solicitud, le enviamos una carta con los motivos. La carta también le informa cómo presentar una apelación.

G5. Presentación de apelaciones de nivel 1

Las apelaciones ante nuestro plan sobre decisiones de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se llaman **redeterminaciones** del plan.

- Comience su **apelación estándar** o **rápida** llamando al 1-844-964-4433 (TTY 711), por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que recete) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Debe solicitar la apelación **dentro de los 65 días corridos** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene un motivo válido que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos válidos son: tuvo una enfermedad grave o le suministramos información incorrecta sobre el plazo. Explique el motivo por el cual se atrasó su apelación cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden suministrarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida

Las apelaciones rápidas también se denominan “**redeterminaciones aceleradas**”.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos de las apelaciones rápidas son los mismos que se aplican a las decisiones rápidas de cobertura. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Analizamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico, u otro profesional que receta el medicamento para obtener más información.

Plazos de apelaciones rápidas de nivel 1

- Cuando aplicamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
 - Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización revisora y el proceso de apelaciones de nivel 2.
- Si **aceptamos** la totalidad o parte de su solicitud, debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si **rechazamos** la totalidad o parte de su solicitud, le enviamos una carta en la cual le explicamos los motivos y le informamos cómo presentar una apelación.

Plazos de apelaciones estándar de nivel 1

- Cuando aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días corridos** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Tomamos una decisión más rápido en el caso de que no haya recibido el medicamento y su estado de salud lo requiera. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no tomamos una decisión en 7 días corridos, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización revisora y el proceso de apelaciones de nivel 2.

En el caso de que **aceptemos** la totalidad o parte de su solicitud:

- Debemos **brindar la cobertura** acordada tan pronto como su salud lo requiera, **a más tardar 7 días corridos** después de la recepción de su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** por un medicamento que compró **dentro de los 30 días corridos** posteriores a la recepción de su apelación.

En el caso de que **rechacemos** la totalidad o parte de su solicitud:

- Le enviamos una carta en la cual le explicamos los motivos y le informamos cómo presentar una apelación.
- Debemos informarle nuestra respuesta sobre su reembolso por un medicamento que compró **dentro de los 14 días corridos** posteriores a la recepción de su apelación.
 - Si no tomamos una decisión en 14 días corridos, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización revisora y el proceso de apelaciones de nivel 2.
- Si **aceptamos** la totalidad o parte de su solicitud, realizamos un reembolso dentro de los 30 días corridos posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si **rechazamos** la totalidad o parte de su solicitud, le enviamos una carta en la cual le explicamos los motivos y le informamos cómo presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si **rechazamos** su apelación de nivel 1, puede elegir si acepta nuestra decisión o presenta otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utiliza el proceso de apelaciones de nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si deberíamos cambiar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” (IRO) es “**Entidad de revisión independiente**”, a veces llamada “**IRE**”.

Para presentar una apelación de nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional debe comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante IRO. Estas instrucciones le dicen quién puede presentar apelaciones de nivel 2, cuáles son los plazos que debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, le enviamos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina su “expediente”. **Usted tiene derecho a obtener una copia gratuita de su expediente.**
- Tiene derecho a brindarle a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de nivel 2 de la Parte D de Medicare y le otorga una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos de apelaciones rápidas de nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida ante la IRO.

- Si la organización le permite presentar una apelación rápida, deberá darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si **aceptan** la totalidad o parte de su solicitud, debemos cubrir el medicamento aprobado **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

Plazos de apelaciones estándar de nivel 2

Si tiene una apelación estándar de nivel 2, la IRO debe brindarle una respuesta:

- **En 7 días corridos** desde la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- **En 14 días corridos** desde la recepción de su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Si la IRO **acepta** la totalidad o parte de su solicitud:

- Debemos cubrirle el medicamento aprobado **en 72 horas** desde la recepción de la decisión de la IRO.
- Debemos realizar el reembolso por el medicamento que compró dentro de los 30 días corridos posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, esto significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO **rechaza** su apelación de nivel 2, usted tiene derecho a presentar una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento solicitado alcanza el valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento solicitado es menor al mínimo establecido, no puede presentar más apelaciones. En ese caso, la decisión de la apelación de nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta que le indica el valor mínimo en dólares establecido para poder continuar con una apelación de nivel 3.

Si el valor en dólares de la solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles más en el proceso de apelaciones después del nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su apelación de nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelaciones:
 - Usted decide si desea presentar una apelación de nivel 3.
 - Consulte la carta que le envió la IRO después de su apelación de nivel 2 para ver los detalles sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Las apelaciones de nivel 3 son analizadas por un ALJ o abogado mediador. Consulte la **Sección J** [[agregar referencia según corresponda](#)] para obtener más información sobre las apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

H. Solicitudes de cobertura de internaciones prolongadas

Si lo internan en un hospital, tiene derecho a obtener todas las prestaciones hospitalarias cubiertas que sean necesarias para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Durante su internación cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararlo para el día en el que se retire del hospital. También lo ayudan a coordinar la atención que necesite luego de irse.

- El día que usted deja el hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le piden que se vaya del hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de dejar el hospital, puede solicitar una internación más larga. Esta sección le explica cómo solicitarla.

H1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su internación, una persona del hospital, como un enfermero o asistente social, le entregará una notificación escrita denominada “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cada vez que se internan.

Si no recibe la notificación, pídasela a cualquier empleado de hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea esta notificación** detenidamente y pregunte todo lo que no comprenda. La notificación le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, que incluyen el derecho de:
 - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - Participar de todas las decisiones sobre la duración de su internación.
 - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Presentar una apelación si cree que le están dando el alta demasiado pronto.
- **Firme la notificación** para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o quien actúe en su nombre pueden firmar la notificación.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Firmar la notificación **solo** muestra que ha recibido la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le haya dicho.
- **Conserve su copia** de la notificación firmada para tener la información en caso de ser necesario.

Si firma la notificación más de dos días antes del día en que deja el hospital, recibirá otra copia antes de su alta.

Para buscar una copia de la notificación por adelantado:

- Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página.
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-mail.

H2. Presentación de apelaciones de nivel 1

Para solicitarnos cobertura de servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para la mejora de la calidad (QIO) revisa la apelación de nivel 1 para determinar si la fecha establecida para su alta es la adecuada según criterios médicos.

La QIO consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos controlan y ayudan a mejorar la calidad para las personas que tienen Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Michigan, la QIO es Commence Health. Llámelos al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). La información de contacto también se encuentra en el “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital, a más tardar el día establecido para su alta.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital posteriormente a la fecha establecida para su alta sin pagar mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha establecida para su alta, es posible que tenga que pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha establecida para el alta.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página.
- Llame a MI Options al 1-800-803-7174 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m. **Solicite una revisión rápida.** Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para pedir una revisión rápida de su alta del hospital.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Proceso de revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante los motivos por los cuales considera que debería continuar la cobertura después de la fecha establecida para el alta. No tiene la obligación de escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y consultan la información suministrada por el hospital y nuestro plan.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informan a nuestro plan sobre su apelación, usted recibe una carta con su fecha de alta. La carta también le informa los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que esa fecha es la apropiada para su alta sobre la base de criterios médicos.

El término legal de esta explicación escrita es “**Detalle del alta**”. Puede recibir una muestra llamando a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede consultar una notificación de muestra en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

Un día después de recibir toda la información que necesita, la QIO le da una respuesta a su apelación.

Si la QIO **admite** su apelación:

- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Consideran que la fecha establecida para su alta es la que corresponde según criterios médicos.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día siguiente a la respuesta de la QIO sobre su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la respuesta de la QIO sobre su apelación.
- Puede presentar una apelación de nivel 2 en el caso de que la QIO rechace su apelación de nivel 1 y usted permanezca en el hospital posteriormente a la fecha establecida para su alta.

H3. Presentación de apelaciones de nivel 2

En las apelaciones de nivel 2, usted le solicita a la QIO que vuelva a revisar la decisión que tomó en la apelación de nivel 1. Llámelos al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días corridos** posteriores a la fecha del **rechazo** por parte de la QIO de su apelación de nivel 1. **Solamente** puede solicitar esta revisión si permaneció en el hospital posteriormente a la finalización de su cobertura de atención.

Los revisores de la QIO:

- Vuelven a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informan su decisión sobre la apelación de nivel 2 en 14 días corridos desde la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO **admite** su apelación:

- Debemos reembolsarle los gastos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día siguiente a la denegación por parte de la QIO de su apelación de nivel 1.
- Le brindaremos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Confirma su decisión respecto de la apelación de nivel 1 y no la modificará.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Le envía una carta que le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de nivel 3.

Las apelaciones de nivel 3 son analizadas por un ALJ o abogado mediador. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

I. Solicitud de continuación de cobertura de determinados servicios médicos

Esta sección solamente cubre tres tipos de servicios que puede estar recibiendo:

- Servicios de atención médica domiciliaria,
- Atención de enfermería especializada en un establecimiento de enfermería especializada **y**
- Servicios de rehabilitación ambulatoria en un CORF aprobado por Medicare. En general, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una cirugía mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico diga que los necesita.

Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando finaliza la cobertura de dicho servicio, dejaremos de pagarlo.

Si cree que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

I1. Notificación previa a la finalización de su cobertura

Le enviamos una notificación por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esta notificación se denomina “Notificación de denegación de cobertura de Medicare”. La notificación escrita le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar la notificación para demostrar que la recibió. Firmarla **solo** demuestra que recibió la información. **No** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



I2. Presentación de apelaciones de nivel 1

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica el proceso de apelaciones de nivel 1 y lo que tiene que hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla con los plazos que se aplican a lo que tiene que hacer. Nuestro plan también tiene que cumplir con ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a su coordinador de atención.
 - Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página.
 - Llame a MI Options al 1-800-803-7174 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
 - Llame al **Defensor de la Comunidad, Hogar y Salud de MI (MI CHHO)** para obtener ayuda gratuita. El MI CHHO puede ayudarlo con preguntas o problemas con el programa MICH o nuestro plan. El MI CHHO es un programa independiente que no está asociado a este plan. El número de teléfono es 1-888-746-6456.
 - **Programa del Defensor de Atención a Largo Plazo de Michigan (MLTCOP)** - El MLTCOP se esfuerza por mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida de los residentes de asilos de ancianos, residencias para la tercera edad y hogares temporales para adultos. El MLTCOP incluye al Defensor del Estado, al personal del estado y a una red de defensores locales a quienes el programa del Defensor del Estado entrena, designa y supervisa. Para comunicarse con el defensor local en su zona, llame al 866-485-9393 o envíenos un correo electrónico a mltcop.org/contact.
- **Comuníquese con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo contactarla.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Pídale que analicen su apelación para decidir si corresponde modificar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápidamente y solicite una “apelación por la vía rápida”.** Pregúntele a la QIO si corresponde finalizar la cobertura de sus servicios sobre la base de criterios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia que aparece en la “Notificación de denegación de cobertura de Medicare” que le enviamos.

El término legal para la notificación escrita es **“Notificación de denegación de cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O busque una copia en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Proceso de apelaciones por la vía rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué considera que debería continuar la cobertura. No tiene la obligación de escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores consultan su información médica, hablan con su médico y revisan la información suministrada por nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía una notificación por escrito que explica los motivos por los cuales finalizamos la cobertura de sus servicios. Recibirá la notificación antes del final del día en que los revisores nos informan de su apelación.

El término legal para la explicación de la notificación es **“Detalle de denegación de cobertura”**.

- Los revisores le informan de su decisión un día después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **admite** su apelación:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Le brindaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le informamos.
- Dejamos de pagar el costo de esta atención en la fecha que se menciona en la notificación.
- Usted pagará el costo total de esta atención si decide continuar con los servicios de atención domiciliaria, en un centro de enfermería o CORF posteriormente a la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de nivel 2.

I3. Presentación de apelaciones de nivel 2

- En las apelaciones de nivel 2, usted le solicita a la QIO que vuelva a revisar la decisión que tomó en la apelación de nivel 1. En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Commence Health. Para comunicarse con Commence Health, llame al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días corridos** posteriores a la fecha del **rechazo** por parte de la QIO de su apelación de nivel 1. **Solamente** puede pedir esta revisión si continúa con la atención posteriormente a la fecha de finalización de su cobertura.

Los revisores de la QIO:

- Vuelven a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informan su decisión sobre la apelación de nivel 2 en 14 días corridos desde la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO **admite** su apelación:

- Le reembolsamos el costo de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.
- Le cubriremos la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Confirma nuestra decisión de finalizar su atención y no la modificará.
- Le envía una carta que le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una apelación de nivel 3.

Las apelaciones de nivel 3 son analizadas por un ALJ o abogado mediador. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

J. Apelaciones de niveles superiores

J1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare

Si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o productos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a otros niveles de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o producto de Medicare por el que apeló no alcanza un valor mínimo establecido, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelaciones. La carta que recibe de la IRO sobre la apelación de nivel 2 le explica dónde comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o abogado mediador **admite** su apelación, tenemos derecho a apelar la decisión de nivel 3 que lo beneficia.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con la documentación adjunta que corresponda. Es posible que esperemos la decisión sobre la apelación del nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en conflicto.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindar el servicio dentro de los 60 días corridos posteriores a la recepción de la decisión del ALJ o abogado mediador.
 - Si el ALJ o abogado mediador **rechaza** su apelación, el proceso de apelación puede no estar finalizado.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá lo que debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el Defensor de la Comunidad, Hogar y Salud de MI (MI CHHO). El número de teléfono es 1-888-746-6456.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo **admite** su apelación de nivel 4 o deniega nuestra solicitud para revisar una decisión de apelación de nivel 3 que lo beneficia, tenemos derecho a apelar al nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días corridos posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.

Si la respuesta es **negativa** o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no haber finalizado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que recibe le informará si puede continuar con el nivel 5 de apelaciones y qué hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez de un Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación al igual que toda la información y decidirá por **sí** o por **no**. Esta será la decisión definitiva. No hay más niveles de apelación posteriores al Tribunal Federal de Distrito.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



J2. Apelaciones adicionales de Michigan Medicaid

Si su apelación se presentó ante la Oficina de Audiencias y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR) para una audiencia justa, la MOAHR le enviará una carta para explicarle su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión final de la MOAHR, tiene 30 días corridos a partir de la fecha de la decisión para presentar una solicitud de nueva audiencia/reconsideración y/o presentar una apelación ante el Tribunal de Circuito. Llame a la MOAHR al 1-517-335-2482 para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir para una nueva audiencia/reconsideración.

Si su apelación se presentó ante al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, el DIFS le enviará una carta en la que explicará la decisión del Director. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar ante el Tribunal de Circuito del condado donde vive o ante el Tribunal de Reclamaciones de Michigan en un plazo de 60 días corridos a partir de la fecha de la decisión.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con el Defensor del pueblo de MI Health Link. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

J3. Apelaciones de niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser la adecuada si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que presentó la apelación alcanza un monto determinado en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. La respuesta escrita que recibe sobre su apelación de nivel 2 le explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o abogado mediador **admite** su apelación:

- El proceso de apelación se da por concluido.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura del medicamento aprobado en 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o efectuar el pago dentro de los 30 días corridos posteriores a la recepción de la decisión.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Si el ALJ o abogado mediador **rechaza** su apelación, el proceso de apelación puede no haber finalizado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que reciba le dirá lo que debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo **admite** su apelación:

- El proceso de apelación se da por concluido.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura del medicamento aprobado en 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o efectuar el pago dentro de los 30 días corridos posteriores a la recepción de la decisión.

Si el Consejo **deniega** su apelación o rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no haber finalizado.

- Si usted decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. La notificación que recibe le informará si puede continuar con el nivel 5 de apelaciones y qué hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez de un Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación al igual que toda la información y decidirá por **sí** o por **no**. Esta será la decisión definitiva. No hay más niveles de apelación posteriores al Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Tipos de problemas que pueden derivar en quejas

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



El proceso de quejas se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se resuelven mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> ● No está satisfecho con la calidad de la atención, como por ejemplo la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> ● Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o irrespetuoso con usted. ● Nuestro personal lo trató mal. ● Cree que lo están expulsando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia con el idioma	<ul style="list-style-type: none"> ● No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. ● Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma distinto del inglés que usted habla (como lengua de señas estadounidense o español). ● Su proveedor no le brinda otras comodidades razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> ● Le cuesta conseguir turnos o hay demasiada demora. ● Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios al Miembro u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Queja	Ejemplo
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> ● Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> ● Cree que no le enviamos una notificación o carta que debería haber recibido. ● Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Tiempos relativos a las decisiones o apelaciones de cobertura	<ul style="list-style-type: none"> ● Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. ● Cree que después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. ● Cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Las quejas internas se presentan ante nuestro plan y son revisadas por nuestro plan. Las quejas externas se presentan ante una organización que no está afiliada con nuestro plan y esta organización las revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar al Defensor de la Comunidad, Hogar y Salud de MI (MI CHHO) al 1-888-746-6456.

NOTA: Si vive en los condados de Macomb o Wayne, el PIHP cubre servicios de salud del comportamiento. Comuníquese con el PIHP para obtener más información.

El término legal para “queja” es una **“reclamo”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar un reclamo”**.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro al 1-888-964-4433 (TTY 711). Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de los 60 días corridos** posteriores al problema por el que desea presentar la queja.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicios al Miembros se lo informará.
- También puede escribir su queja y enviarla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Incluya la siguiente información en su queja:
 - Su nombre y dirección.
 - Su número de identificación de miembro.
 - El tipo de queja.
 - Cualquier información adicional, como fechas, horarios y personas y lugares involucrados.
 - Una vez que esté completa, envíe su información a:

AmeriHealth Caritas VIP Care
Attn: Customer Experience, Grievances and Complaints
P.O Box 7140
London, KY 40742-7140

El término legal para “queja rápida” es “reclamo acelerado”.

En caso de ser posible, le contestaremos inmediatamente. Si usted nos llama con una queja, tal vez podamos responderle en la misma llamada telefónica. Si su afección requiere que le respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de los 30 días corridos. Si no tomamos una decisión en 30 días corridos porque necesitamos más información, lo notificaremos por escrito. También le brindamos información actualizada sobre el estado y el tiempo estimado de su respuesta.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de “decisión rápida de cobertura” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelar, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte de su queja, se lo diremos y le daremos nuestras razones. Le respondemos si aceptamos o no aceptamos la queja.

Si necesita ayuda en cualquier etapa de este proceso, puede comunicarse con el Defensor de la Comunidad, Hogar y Salud de MI (MI CHHO). El número de teléfono es 1-888-746-6456.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviar su queja a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No hace falta que presente una queja ante AmeriHealth Caritas VIP Care antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan de salud no se ocupa de resolver su problema, también puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informarle a Michigan Medicaid sobre su queja

También puede enviar su queja a Michigan Medicaid. Puede llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656) o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio telefónico basado en Internet.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Oficina de derechos civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si cree que no lo han tratado de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la asistencia con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Visite www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la OCR local en:

Detroit Service Center – Cadillac Place
3054 West Grand Boulevard,
Suite 3-600
Detroit, MI 48202
Teléfono: 1-313-456-3700
Fax: 1-313-456-3701
Sin cargo: 1-800-482-3604
TTY: 1-877-878-8464

- También puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y la Ley de Derecho Civiles de Personas con Discapacidades de Michigan (PWDCRA), que protege a las personas con discapacidades de la discriminación en relación con el empleo, la vivienda, las instalaciones públicas, los servicios y la educación. Puede comunicarse con el Defensor de la Comunidad, Hogar y Salud de MI (MI CHHO) al 1-888-746-6456 para pedir ayuda.

QIO

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar una queja sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Puede presentar una queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para saber más sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



En Michigan, la QIO se llama Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo le explica cómo cancelar su membresía en nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de abandonar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá inscrito en los programas Medicare y Michigan Medicaid si cumple con los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Índice

A. Cuándo se puede cancelar la membresía de nuestro plan.....	3
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	4
C. Cómo obtener la cobertura de Medicare y de Michigan Medicaid por separado	4
C1. Su cobertura de Medicare	4
C2. Su cobertura de Michigan Medicaid	7
D. Sus productos médicos, servicios y medicamentos hasta la cancelación de su membresía en nuestro plan.....	9
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía.....	9
F. Normas que prohíben pedirle que abandone nuestro plan por motivos de salud.....	11
G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	11
H. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan	11

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



A. Cuándo se puede cancelar la membresía de nuestro plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía en determinados momentos del año. Como usted tiene Michigan Medicaid, cuenta con algunas opciones de cancelación de su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Abierta**, que dura desde el 15 de octubre hasta 7 de diciembre. Si elige un plan nuevo durante este período, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y la del plan nuevo comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage (MA)**, que dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para beneficiarios nuevos de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes de adquisición de los derechos a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3^{er} mes de derechos. Si elige un plan nuevo durante este período, su membresía en el plan nuevo comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que pueda realizar cambios en su membresía. Por ejemplo, cuando:

- Se muda fuera de nuestra área de cobertura,
- Se modifica su aptitud para Michigan Medicaid o Ayuda Adicional o
- Hace poco se mudó, se atiende actualmente o se fue de un centro de enfermería u hospital de atención a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en el cual recibimos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero en este ejemplo).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Cobertura de Medicaid en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo cancelar su membresía llamando a: Servicios al Miembro al número que aparece al final de esta página. También se indica el número para usuarios de TTY.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP), MI Options al 1-800-803-7174.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede afiliarse en otro plan de Medicare o cambiarse a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare pero no ha seleccionado un plan por separado de medicamentos bajo receta de Medicare, debe pedir que lo desafilien de nuestro plan. Hay dos maneras de pedir la desafiliación:

- Puede pedírnoslo por escrito. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la página 5 encontrará más información sobre cómo obtener su cobertura de Medicare al abandonar nuestro plan.

C. Cómo obtener la cobertura de Medicare y de Michigan Medicaid por separado

Tiene opciones para obtener la cobertura de Medicare y Medicaid si decide abandonar nuestro plan.

Si no desea inscribirse en otro plan luego de cancelar su afiliación a AmeriHealth Caritas VIP Care, volverá a tener la cobertura de Medicare y de Michigan Medicaid por separado.

C1. Su cobertura de Medicare

Tiene tres opciones para obtener la siguiente cobertura de Medicare en cualquier mes del año. Tiene una opción más que se detalla a continuación durante ciertos momentos del año, como el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** o en otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente finaliza su membresía en nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



<p>1. Puede cambiarse a</p> <p>Otro plan que le brinda los beneficios y prestaciones de Medicare y la mayoría o todos los de Medicaid en un plan, también llamado plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) o un plan del Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE), en caso de reunir los requisitos.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico al 1-800-803-7174. En Michigan, el SHIP se llama MI Options. <p>O</p> <p>Afíliese en un nuevo D-SNP integrado.</p> <p>Su afiliación a nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>
<p>2. Usted puede cambiarse a:</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico al 1-800-803-7174 En Michigan, el SHIP se llama MI Options. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare.</p> <p>Su afiliación a nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Original Medicare.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

<p>3. Puede cambiarse a</p> <p>Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene una cobertura de medicamentos por otro lado, como por empleo o sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a MI Options al 1-800-803-7174 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5 p. m. Para más información o para encontrar una oficina de MI Options en su zona, visite https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports [michigan.gov].</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico al 1-800-803-7174 En Michigan, el SHIP se llama MI Options. <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.</p>
--	--



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

<p>4. Puede cambiarse a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos momentos del año, como el Período de Inscripción Abierta y el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage o en otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico al 1-800-803-7174. En Michigan, el SHIP se llama MI Options. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de salud de Medicare.</p> <p>Su afiliación a nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>
---	--

C2. Su cobertura de Michigan Medicaid

Si cancela nuestro plan, obtendrá la cobertura de Michigan Medicaid con la modalidad de tarifa por servicio.

Su cobertura de Michigan Medicaid incluye la mayoría de apoyos y servicios a largo plazo y atención de salud del comportamiento. Si cancela nuestro plan, puede utilizar cualquier proveedor que acepte Michigan Medicaid.

Transporte en ambulancia y otros transportes médicos de emergencia.
Bombas extractoras de leche; uso personal, dobles y eléctricas.
Servicios de salud del comportamiento según el Anexo E.
Servicios de enfermera partera certificada.
Servicios de enfermera profesional familiar.
Servicios quiroprácticos.
Trabajadores de salud comunitarios.
Servicios dentales para adultos (21 años o más).
Laboratorio de diagnóstico, radiografías y otros servicios de imágenes.
Servicios de doulas.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Equipos médicos duraderos (DME) y suministros, incluidos los entregados en farmacias.
Servicios de emergencia.
Servicios por enfermedad renal en fase terminal (ESRD).
Servicios de planificación familiar (como exámenes, procedimientos de esterilización, estudios básicos de fertilidad y diagnósticos).
Educación en salud.
Servicios de audición y habla.
Audífonos.
Servicios en el hogar o la comunidad (HCBS).
Servicios de salud domiciliaria.
Servicios para enfermos terminales (a solicitud del Miembro).
Vacunas.
Servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios.
Servicios de restauración o rehabilitación intermitentes o a corto plazo en un centro de enfermería.
Servicios hospitalarios de cuidados intensivos a largo plazo (LTACH).
Servicios del Programa de Salud Materno Infantil (MIHP).
Servicios para bajar de peso por necesidad médica.
Programa de Prevención de la Diabetes de Michigan (MiDPP).
Transporte médico sin emergencia (NEMT) a Servicios Cubiertos médicamente necesarios y servicios de Medicaid cubiertos por fuera de este Contrato.
Establecimiento de enfermería.
Atención en centro de enfermería: Cuidado custodial. Atención en centro de enfermería: servicios de enfermería especializada y rehabilitación (no se aplica el requisito de Medicare de internación hospitalaria de tres días previos a la internación en el centro de enfermería).
Control de salud mental en centro de enfermería.
Servicios fuera del estado autorizados por el Contratista.
Clases de parto y crianza.
Servicios de cuidado personal.
Servicios de farmacia.
Servicios de podología.
Servicios profesionales.
Servicios preventivos exigidos por la Ley de Protección al Paciente y Acceso a la Atención según lo establece el MDHHS.
Prótesis y dispositivos ortopédicos.
Servicios de enfermería de restauración o rehabilitación.
Subsidio para animales de servicio.
Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Tratamiento para dejar de fumar, incluso apoyo farmacéutico y conductual.
Terapias (del habla, del lenguaje, físicas, ocupacionales, familiares, individuales, grupales y terapias para el apoyo de actividades diarias), excepto terapias facturadas a través de PIHPs, como terapias para personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo (I/DD) o brindadas por proveedores del Programa Comunitario de Servicios de Salud Mental (CMHSP) o Distritos Escolares Intermediarios.
Servicios de trasplantes.
Servicios oftalmológicos.

Use MI Bridges para actualizar sus datos de afiliación.

D. Sus productos médicos, servicios y medicamentos hasta la cancelación de su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, es posible que pase un tiempo hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta el comienzo del plan nuevo.

- Acuda a los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Utilice las farmacias de nuestra red, incluso los servicios farmacéuticos de envíos por correo, para obtener sus medicamentos bajo receta.
- En el caso de haber sido internado el día de finalización de su membresía en AmeriHealth Caritas VIP Care, nuestro plan cubrirá su internación hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía

Hay ciertos casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos de Medicaid. Nuestro plan es para personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como de Medicaid.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



- Si ya no cumple con los requisitos de Michigan Medicaid pero espera razonablemente volver a cumplirlos, el plan proporciona tres meses de elegibilidad continua en los que aún puede unirse a nuestro plan.
- Si se muda fuera de nuestra área de cobertura.
- Si está fuera de nuestra área de cobertura durante más de seis meses. Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está en nuestra área de cobertura.
- Si lo encarcelan por un delito.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán si no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si permanece en nuestro plan durante los 3 meses de elegibilidad continua, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare Advantage cubiertos por el plan de Medicare.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Medicaid:

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su aptitud para nuestro plan.
- Si continuamente se comporta de forma conflictiva y hace que nos resulte difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que alguien más utilice su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (Es posible que Medicare le solicite al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por esta razón).

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



F. Normas que prohíben pedirle que abandone nuestro plan por motivos de salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le están solicitando que deje nuestro plan por motivos de salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito los motivos de la cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre la cancelación su membresía, puede llamar a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página.



Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo contiene avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Aviso sobre legislación.....	2
B. Aviso sobre no discriminación.....	2
C. Notificación sobre Medicare como pagador secundario y Michigan Medicaid como pagador de último recurso.....	2



A. Aviso sobre legislación

Se aplican numerosas leyes a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso aunque dichas leyes no están incluidas o explicadas en este *Manual del Miembro*. Las leyes principales que se aplican son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Michigan Medicaid. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

No lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de cobertura. Tampoco lo tratamos de manera diferente ni lo discriminamos por su orientación sexual o identidad o expresión de género.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad al 1-800-482-3604.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o un proveedor, llame a Servicios al Miembro. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al Miembro podrá brindarle ayuda.

C. Notificación sobre Medicare como pagador secundario y Michigan Medicaid como pagador de último recurso

A veces, alguien más tiene que pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la aseguradora de riesgos en el trabajo debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Cumplimos con la legislación y reglamentos federales y estatales relativos a la responsabilidad jurídica de terceros por servicios de atención médica ante los miembros. Aplicamos todas las medidas que sean razonables para garantizar que Michigan Medicaid sea el pagador de último recurso.



Si tiene alguna pregunta, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados a lo largo de este *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita información que no se encuentra en una definición, comuníquese con Servicios al Miembro.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Actividades de la vida diaria (ADL): lo que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: juez que analiza las apelaciones de nivel 3.

Programa de asistencia con medicamentos para el SIDA (ADAP): programa que ayuda a ciertas personas que tienen VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Centro de cirugía ambulatoria: centro que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que se espera que no necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: forma de objetar nuestras acciones si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que modifiquemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica las apelaciones, incluso el proceso de presentación de apelaciones.

Salud del comportamiento: término inclusivo que se refiere a la salud mental y a los trastornos por consumo de sustancias tóxicas.

Producto biológico: medicamento elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Vea también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y efectivos como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden reemplazar el producto biológico original en la farmacia sin que sea necesario contar con una receta nueva. (Vea “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: medicamento fabricado y vendido por la empresa que lo elaboró originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Coordinador de atención: una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de atención: consulte el “Plan de Atención Personalizada”.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Equipo de atención: consulte el “Equipo de atención interdisciplinaria”.

Etapas de cobertura catastrófica: etapa en la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en la cual nuestro plan paga la totalidad del costo de sus medicamentos de la Parte D de Medicare hasta fin de año. Esta etapa comienza cuando usted (u otras partes autorizadas para actuar en su nombre) gastaron \$2,100 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* le explica cómo comunicarse con los CMS.

Queja: declaración escrita u oral que indica que usted tiene un problema o una inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye inquietudes sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): centro médico que brinda principalmente servicios de rehabilitación luego de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: monto fijo que paga por su parte del costo cada vez que obtiene ciertos medicamentos. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento.

Costos compartidos: montos que tiene que pagar cuando obtiene ciertos medicamentos. Los costos compartidos incluyen copagos.

Nivel de costos compartidos: grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada uno de los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada *Lista de medicamentos*) está en uno de los 9 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento para usted.

Decisión de cobertura: decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para abarcar a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios cubiertos: término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

Formación en competencia cultural: capacitación que brinda instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Tasa diaria de costos compartidos: tasa que en ciertos casos se aplica cuando su médico le receta medicación para menos de un mes completo y usted tiene que abonar un copago. La tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por la cantidad de días de suministro en un mes.

Por ejemplo: supongamos que el copago de su medicación para un mes (30 días) es de \$1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es menos de \$0.05 por día. Si recibe medicación para 7 días, su pago es menor a \$0.05 por día multiplicado por 7 días, lo que resulta en un pago total menor a \$0.35.

Desafiliación: proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (usted no lo decide).

Programa de administración de medicamentos (DMP): programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opiáceos recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de 9 niveles.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): planes de salud para personas que reúnen los requisitos de Medicare y Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (DME): ciertos productos que su médico receta para utilizar en su propio hogar. Por ejemplo, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, insumos para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona con conocimiento promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de un miembro o la pérdida o el deterioro grave de las funciones corporales. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Transporte médico de emergencia: transporte brindado en caso de afección médica urgente y repentina que podría causar un daño grave o la muerte en caso de no tratarse de forma inmediata. Esto incluye transporte por ambulancia terrestre o aérea en caso de necesidad médica.

Atención en una sala de emergencias: servicios hospitalarios ambulatorios o en internación que son necesarios para evitar la muerte o un deterioro grave en la salud debido a una emergencia médica, incluso afecciones con síntomas agudos de gravedad suficiente para poner en riesgo la salud de una persona o provocar un deterioro grave en caso de no recibir atención médica inmediata.

Servicios de emergencia: se refiere a servicios cubiertos ambulatorios o en internación que son: i) brindados por un proveedor idóneo para prestar estos servicios y ii) necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia médica.

Excepción: permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para utilizar el medicamento sin ciertas normas y restricciones.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Ayuda Adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos a reducir los costos de medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Medicamento genérico: medicamento aprobado por la FDA para utilización en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los de marca. Por lo general, son más baratos y funcionan de la misma forma que los medicamentos de marca.

Reclamo: queja que presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Incluye las quejas sobre la calidad de su atención o la calidad de un servicio prestado por su plan de salud.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.



Plan de salud: organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, cuenta con coordinadores de atención médica que lo ayudan a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): análisis de su historial médico y estado actual. Se utiliza para saber más sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Cuidador domiciliario: persona que brinda servicios que no requieren la pericia de un enfermero o terapeuta certificado, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los cuidadores domiciliarios no cuentan con certificación de enfermería ni brindan terapia.

Centro para enfermos terminales: programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir con comodidad. Pronóstico terminal significa que se ha certificado médicamente que la persona en cuestión es un enfermo terminal, lo que quiere decir que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos.

- Los miembros con pronóstico terminal tienen derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.
- Se trata de un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados que brindan atención integral, que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Tenemos la obligación de proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su zona geográfica.

Facturación incorrecta/errónea: situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura un monto superior a nuestro costo compartido por servicios. Llame a Servicios al Miembro si recibe facturas que no comprende.

Como pagamos el costo total de sus servicios, usted no tiene que pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Organización de revisión independiente (IRO): organización independiente contratada por Medicare que analiza las apelaciones de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Plan de atención personalizada (ICP o Plan de atención): plan que establece los servicios de salud que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyos a largo plazo.

Etapa de cobertura inicial: la etapa anterior a alcanzar los \$2,100 en gastos totales de medicamentos de la Parte D de Medicare. Esto incluye los montos que pagó, lo que pagó nuestro plan en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.

Paciente internado: término que se utiliza cuando lo internan formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no lo internan formalmente, es posible que se lo considere paciente ambulatorio en lugar de paciente internado aunque pase la noche en el hospital.

Equipo de atención interdisciplinaria (ICT o equipo de atención): el equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayuda a elaborar un plan de atención.

D-SNP integrado: plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en virtud de un único plan de salud para ciertos grupos de personas que reúnen los requisitos de Medicare y Medicaid. Estas personas se denominan individuos de aptitud doble para la totalidad de los beneficios.

Biosimilar intercambiable: biosimilar que se puede usar como sustituto en la farmacia sin necesidad de una receta nueva ya que cumple con requisitos adicionales en relación con el potencial para la sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley del estado.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): lista de los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si hay alguna norma que deba seguir para obtener sus medicamentos. La *Lista de medicamentos* a veces se denomina “vademécum”.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un hogar de ancianos u hospital. Los LTSS incluyen centros de servicios comunitarios y de enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Medicaid (o Asistencia médica): programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

Necesidad médica: Se refiere a los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Incluye la atención que evita una internación en un hospital o asilo de ancianos. También significa que los servicios, insumos o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.

Medicare: programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes de MA a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo): consejo que analiza las apelaciones de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): programa de modificación del comportamiento estructurado que ofrece capacitación en cambios de alimentación a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de superación de desafíos para bajar de peso y mantener un estilo de vida saludable.

Miembro de Medicare-Medicaid: persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid. Los miembros de Medicare-Medicaid también se denominan “personas con doble elegibilidad”.

Parte A de Medicare: programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de atención hospitalaria, en centros de enfermería especializada, asistencia domiciliaria y cuidados paliativos médicamente necesarios.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.



Parte B de Medicare: programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: programa de Medicare también llamado “Medicare Advantage” o “MA” que permite que las compañías de seguros médicos privadas brinden beneficios de Medicare a través de un plan de MA.

Parte D de Medicare: programa de cobertura de medicamentos de Medicare. Lo llamamos “Parte D” para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos insumos no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Es posible que Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Administración de terapia con medicamentos (MTM): programa de la Parte D de Medicare para necesidades complejas de salud que se brinda a las personas que reúnen ciertos requisitos o participan de un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM en general incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para realizar una revisión de medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare y Medicaid que reúne los requisitos establecidos para poder obtener servicios cubiertos, que se afilió a nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Manual del Miembro e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto o cláusula que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Servicios al Miembro: departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre Servicios al Miembro.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Michigan Medicaid: nombre del programa de Medicaid de Michigan. Michigan Medicaid está dirigido por el estado y financiado por el estado y el gobierno federal. Ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos a pagar por servicios y apoyos a largo plazo y los gastos médicos.

- También cubre servicios y algunos medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían según el estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted reúne los requisitos de Medicare y Medicaid.

Farmacia de la red: farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de cuidados domiciliarios, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a los miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Hogar de ancianos o centro médico: lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir su atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Defensor: oficina en su estado que trabaja como defensora en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a comprender qué hacer. Los servicios del defensor son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual del Miembro*.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Determinación de la organización: nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros o uno de nuestros proveedores toma una decisión sobre si determinados servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización son llamadas “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: producto biológico aprobado por la FDA que sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): el gobierno ofrece Original Medicare. En Original Medicare, los servicios se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de los montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepta Medicare. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan excepto en ciertas circunstancias.

Proveedor fuera de la red o Centro médico fuera de la red: proveedor o centro que no es empleado, no es propiedad ni está operado por nuestro plan y no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* explica los proveedores o centros médicos fuera de la red.

Gastos de bolsillo: El requisito de costos compartidos que establece que los miembros deben pagar una parte de los servicios o medicamentos que obtienen también se denomina requisito de gastos “de bolsillo”. Consulte la definición de “costos compartidos” más arriba.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre son los fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de salud.

Parte A: Consulte la “Parte A de Medicare”.

Parte B: Consulte la “Parte B de Medicare”.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Parte C: Consulte la “Parte C de Medicare”.

Parte D: Consulte la “Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Información médica personal (también llamada información médica protegida)

(PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historial médico. Consulte nuestra notificación de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y transmitimos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Servicios preventivos: atención médica que tiene el objetivo de prevenir enfermedades o detectar enfermedades de forma temprana, cuando es más probable que funcione el tratamiento (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen la prueba de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías).

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor de la red a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Se aseguran de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos.
- En muchos planes médicos de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor médico.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención médica.

Autorización previa (PA): aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si usted no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra PA.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Algunos medicamentos solo están cubiertos por nuestro plan si usted obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las normas están publicadas en nuestro sitio web.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE):

programa que cubre beneficios de Medicare y Medicaid en conjunto para personas mayores de 55 años que necesitan un nivel mayor de cuidados para poder vivir en su hogar.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o su función, que incluyen suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal le paga a la QIO para que controle y mejore la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre la QIO.

Límites a la cantidad: límite en la cantidad de medicamento que puede obtener. Podemos restringir la cantidad de medicación que cubrimos por receta.

Herramienta de cobertura en tiempo real: página o aplicación digital en la cual los miembros pueden buscar información completa, precisa, actualizada, clínicamente apropiada y específica para los inscriptos sobre los medicamentos y beneficios cubiertos. Incluye los montos de los costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden utilizarse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Derivación: una derivación es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para la utilización de otro proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una derivación para consultar ciertos especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre derivaciones en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para saber más sobre los servicios de rehabilitación.

Área de cobertura: área geográfica en donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, en general se refiere al área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de cobertura pueden afiliarse a nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.



Establecimiento de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada que se brindan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada son fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera certificada o un médico.

Especialista: médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo en particular.

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medicaid que no aprobamos, o no seguiremos pagando por un servicio de Medicaid que usted ya recibe, puede solicitar una Audiencia estatal. Si la Audiencia estatal decide a su favor, debemos brindarle el servicio solicitado.

Terapia escalonada: norma de cobertura que requiere que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con bajos ingresos y recursos que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Atención médica de urgencia: atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia pero que necesita atención inmediata. Puede obtener atención médica de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red ya que debido al tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o razonable obtener el servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de cobertura y necesita atención médica inmediata por una enfermedad imprevista pero sin emergencia médica).

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care

<p>TELÉFONO</p>	<p>1-844-964-4433</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Fuera del horario laboral, los fines de semana y los feriados federales, es posible que se le solicite dejar un mensaje. Su llamada será devuelta el próximo día hábil.</p> <p>Servicios al Miembro también cuenta con servicios de interpretación sin cargo para personas que no hablen inglés.</p>
<p>TTY</p>	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Fuera del horario laboral, los fines de semana y los feriados federales, es posible que se le solicite dejar un mensaje. Su llamada será devuelta el próximo día hábil.</p>
<p>FAX</p>	<p>1-866-319-5225</p>
<p>CORREO POSTAL</p>	<p>AmeriHealth Caritas VIP Care P.O. Box 7075 London, KY 40742-7075</p>
<p>SITIO EN LÍNEA</p>	<p>www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) al 1-844-964-4433 (TTY 711) todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.

