

Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus (Plan Medicare-Medicaid)

1 de enero de 2025 – 31 de diciembre de 2025

Su cobertura de salud y medicamentos bajo el plan Medicare-Medicaid de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus

Introducción al *Manual del Miembro*

Este manual le informa sobre su cobertura bajo AmeriHealth Caritas VIP Care Plus hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y apoyos a largo plazo. Los apoyos y servicios a largo plazo lo ayudan a permanecer en casa en lugar de ir a un hogar de ancianos u hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

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

Este plan es ofrecido por AmeriHealth Michigan, Inc. Cuando este *Manual del Miembro* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa AmeriHealth Michigan, Inc. Cuando dice "el plan" o "nuestro plan", significa AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.

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

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros formatos, por ejemplo, impresión en letra grande, braille o audio. Llame al **1-888-667-0318 (TTY 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Para solicitar recibir este documento, ahora y en el futuro, en un formato alternativo, simplemente llame a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. También le preguntaremos cuál es su preferencia en nuestra llamada de bienvenida y, más adelante en el año, cuando se comunique con el plan. El plan almacenará su solicitud y continuará enviando documentos futuros en otros formatos, a menos que nos pida que cancelemos o cambiemos la solicitud. Puede cancelar o cambiar su solicitud en cualquier momento con solo llamar a Servicios al Miembro. Las llamadas son gratuitas.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana. De 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.

Índice

- Capítulo 1: Primeros pasos como miembro
- Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes
- Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos
- Capítulo 4: Cuadro de beneficios
- Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos bajo receta a través del plan como paciente ambulatorio
- Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Michigan Medicaid
- Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos
- Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades
- Capítulo 9: Qué hacer si usted tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)
- Capítulo 10: Finalización de su membresía en AmeriHealth Caritas VIP Care Plus
- Capítulo 11: Avisos legales
- Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Descargo de responsabilidad

- ❖ AmeriHealth Caritas VIP Care Plus es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Michigan Medicaid para ofrecer beneficios de ambos programas a los inscritos.
- ❖ La cobertura de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus es una cobertura médica calificada llamada "cobertura esencial mínima". Cumple con el requisito de responsabilidad personal compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad personal compartida.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. De 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

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

Tabla de contenidos

A. Bienvenido a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.....	3
B. Información sobre Medicare y Michigan Medicaid	3
B1. Medicare	3
B2. Michigan Medicaid	3
C. Ventajas de este plan.....	4
D. Área de servicio de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.....	5
E. ¿Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan?.....	5
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud	6
G. Su plan de atención	6
H. Prima mensual del plan de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus	6
I. El <i>Manual del Miembro</i>	7
J. Otra información importante que obtendrá de nosotros.....	8
J1. Su tarjeta de identificación de miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.....	8
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	8
J3. Listado de medicamentos cubiertos	9
J4. La Explicación de beneficios	10
K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....	10
K1. Privacidad de la información médica personal (PHI).....	11

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. De 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



A. Bienvenido a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus es un plan Medicare-Medicaid. Un plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos estos grupos trabajan en conjunto para brindarle el cuidado que necesita.

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus fue aprobado por el estado de Michigan y los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para brindarle servicios como parte del programa MI Health Link.

MI Health Link es un programa administrado conjuntamente por Michigan y el gobierno federal para brindar una mejor atención médica a las personas que tienen tanto Medicare como Michigan Medicaid. Bajo este programa, el gobierno estatal y federal desean probar nuevas formas de mejorar la forma en que obtiene sus servicios de atención médica de Medicare y Michigan Medicaid.

Este plan lo ofrece AmeriHealth Michigan, Inc.

B. Información sobre Medicare y Michigan Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal para las siguientes personas:

- 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 un programa administrado por el gobierno federal y el estado de Michigan que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos. También cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare. Cada estado tiene su propio programa de Medicaid.

Esto significa que cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos,
- quien califica,
- qué servicios están cubiertos **y**
- el costo de los servicios.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. De 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Los estados pueden decidir cómo administrar sus propios programas de Medicaid, siempre que sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de Michigan deben aprobar AmeriHealth Caritas VIP Care Plus cada año. Puede obtener servicios de Medicare y Michigan Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

- es elegible para participar,
- elegimos ofrecer el plan, y
- Medicare y el estado de Michigan aprueban el plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Michigan Medicaid no se verá afectada.

C. Ventajas de este plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Michigan Medicaid de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, incluidos los medicamentos recetados. **No paga más para unirse a este plan de salud.**

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus ayudará a que sus beneficios de Medicare y Michigan Medicaid funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Podrá trabajar con un plan de salud para todas sus necesidades de seguro médico.
- No pagará un deducible o copago cuando reciba servicios de un proveedor o farmacia de la red de proveedores de nuestro plan de salud. (Deberá seguir pagando toda prima mensual del programa Libertad para Trabajar que tenga. Si tiene dudas sobre el programa Freedom to Work [Libertad para Trabajar], comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos (MDHHS) de Michigan. Puede encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS visitando www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.)
- Tendrá su propio Coordinador de atención que le preguntará sobre sus necesidades y opciones de atención médica y trabajará con usted para crear un plan de atención personal basado en sus objetivos. A esto lo llamamos planificación centrada en la persona.
- Su coordinador de atención médica lo ayudará a obtener lo que necesite, cuando lo necesite. Esta persona responderá sus preguntas y se asegurará de que sus problemas de atención médica reciban la atención que merecen.
- Si califica, tendrá acceso a apoyos y servicios en el hogar y en la comunidad para ayudarlo a vivir de manera independiente.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. De 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcareplus.com.



D. Área de servicio de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus

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

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección I, para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre que se cumpla lo siguiente:

- vive en nuestra área de servicio (los individuos encarcelados no se considera que viven en el área de servicio incluso si están ubicados físicamente en ella), **y**
- cuenta con la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare, **y**
- es elegible para los beneficios completos de Michigan Medicaid, **y**
- es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos, **y**
- aún no está inscrito en un hospicio, **y**
 - informarse más sobre el beneficio de cuidados de hospicio, consulte el Capítulo 4, Sección E1, del *Manual del Miembro*
- no está inscrito en el programa de exención MI Choice ni en el Programa de atención integral para personas mayores (PACE). Si está inscrito en cualquiera de estos programas, debe cancelar su inscripción antes de inscribirse en el programa MI Health Link a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. De 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



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

Recibirá una evaluación de Nivel 1 dentro de los primeros 60 días de unirse a nuestro plan. La Evaluación de Nivel 1 analizará sus necesidades médicas, necesidades sociales y capacidades. Obtendremos información de usted, sus proveedores y familiares/cuidadores cuando sea apropiado. Profesionales de la salud calificados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y coordinadores de atención médica, completarán la Evaluación de nivel I. Uno de estos profesionales lo llamará para programar su Evaluación de nivel I. Ellos llevarán a cabo la evaluación con usted en su hogar o en el lugar de su elección.

Si AmeriHealth Caritas VIP Care Plus es nuevo para usted, puede seguir recibiendo servicios y usando los médicos y otros proveedores que usa ahora durante al menos 90 días a partir de la fecha de inicio de su inscripción.

La exención de apoyos de rehabilitación y los servicios del programa apoyos y servicios especiales proporcionados por el Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP) que podría estar recibiendo en la actualidad no cambiarán tras su inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. Para el resto de servicios, podrá seguir viendo a los médicos y proveedores que usa en la actualidad hasta 180 días posteriores a la fecha de su inscripción.

Después de 180 días en nuestro plan, deberá utilizar médicos y otros proveedores en la red de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección A, para obtener más información sobre cómo recibir atención.

G. Su plan de atención

Su plan de atención es el plan para los apoyos y servicios que recibirá y cómo los obtendrá.

Después de su Evaluación de nivel I, su equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesita y desea. Usted y su equipo de atención elaborarán en conjunto un plan de atención.

Cada año, su equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención si cambian los servicios de salud que necesita y desea.

H. Prima mensual del plan de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus no tiene una prima mensual del plan.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. De 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



I. El *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, es posible que pueda apelar o impugnar nuestra acción. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección C1, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del Miembro* llamando a su coordinador de atención o Servicios al Miembro al 1-888-667-0318 (TTY 711). También puede consultar el *Manual del Miembro* en www.amerihealthcaritasvipcareplus.com o descargarlo de este sitio web.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en AmeriHealth Caritas VIP Care Plus entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.



Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana. De 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.

J. Otra información importante que obtendrá de nosotros

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación de miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, *información sobre cómo acceder* a Directorio de proveedores y farmacias e información sobre cómo acceder al Listado de medicamentos cubiertos.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus

Con nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Michigan Medicaid, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo y las recetas médicas. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta médica. Aquí hay una tarjeta de muestra para mostrarle cómo se verá la suya:

  <p>Member name: <Cardholder Name> Member ID: <Cardholder ID#> Beneficiary ID: <Medicaid ID#> PCP Name: <PCP Name> PCP Phone: <PCP Phone> MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: \$0 HO192 001</p>	 <p>RxBIN: 019587 RxPCN: 06500000 RxGRP: Care Plus MI</p>	<p>In case of an emergency, dial 911.</p> <p>Member Services: 1-888-667-0318 (TTY 711) Contact Member Services for Dental and Vision benefit assistance.</p> <p>24-Hour Nurse Advice Line: 1-855-843-1145</p> <p>Pharmacy Help Desk: 1-855-327-0510 (TTY 711)</p> <p>Website: www.amerhealthcaritasvipcareplus.com</p> <p>Behavioral Health Services: 1-855-996-2264 (TTY 711)</p> <p>24-Hour Behavioral Health Crisis Line: 1-855-927-4747 (TTY 711)</p> <p style="text-align: right;">AmeriHealth Caritas VIP Care Plus P.O. Box 7074 London, KY, 40742-7074</p> <p>Send medical claims to: London, KY, 40742-7074</p> <p>Claim inquiry: 1-888-667-0318 (TTY 711)</p>
--	--	--

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios al Miembro de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de Michigan Medicaid para obtener servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan, y es posible que usted reciba una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte el Capítulo 3, Sección D4).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (electrónico o en formato de copia impresa) llamando a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Las solicitudes de copias impresas de Directorios de proveedores y

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. De 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



farmacias se enviarán por correo dentro de los tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.amerhealthcaritasvipcareplus.com o descargarlo de este sitio web.

Este Directorio enumera los profesionales de atención médica (como médicos, enfermeras practicantes y psicólogos), instalaciones (como hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo (como proveedores de atención de salud diurna y domiciliaria para adultos) que puede considerar como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. También enumeramos las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos recetados.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus incluyen:
 - médicos, enfermeras practicantes, psicólogos, especialistas en audición, odontología o visión, enfermeras, farmacéuticos, terapeutas y otros profesionales de la salud que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - agencias de atención médica en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos y otros que brindan bienes y servicios que obtiene a través de Medicare o Michigan Medicaid.

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 (droguerías) que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan las pague.

Llame a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Tanto Servicios al Miembro como el sitio web de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y proveedores de nuestra red.

J3. Listado de medicamentos cubiertos

El plan tiene un *Listado de medicamentos* cubiertos. Lo llamamos "*Listado de medicamentos*" para abreviar. Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. De 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



El *Listado de medicamentos* también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, para informarse más sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder al *Listado de medicamentos*, pero pueden producirse algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com o llame al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

J4. La Explicación de beneficios

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

La EOB le dice la cantidad total que usted, u otros en su nombre, han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. El Capítulo 6, Sección A, brinda más información sobre la EOB y cómo puede ayudarlo a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Una EOB también está disponible cuando la solicita. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al Miembro.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía informándonos cuando cambia su información.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le costarán.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber lo siguiente:

- cambios en su 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 el empleador de su pareja doméstica, o compensación laboral
- cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- admisión en un centro de enfermería u hospital.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. De 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



- atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- cambios en quién es su cuidador (o cualquier persona responsable de usted)
- usted es parte o se convierte en parte de un estudio de investigación clínica (NOTA: No es necesario que comparta su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretenda participar pero le animamos a hacerlo).

Si cambia alguna información, infórmenos llamando a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección C.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre AmeriHealth Caritas VIP Care Plus y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas que puedan defenderlo en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Cómo comunicarse con su Coordinador de atención	3
A1. Cuándo comunicarse con su Coordinador de atención	3
B. Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus	5
B1. Cuándo comunicarse con Servicios al Miembro.....	5
C. Cómo ponerse en contacto con la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	8
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas.....	8
D. Cómo comunicarse con la Línea de información general y la Línea de crisis de salud conductual.....	9
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de información general de la salud conductual.....	10
D2. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual	11
E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP).....	12
E1. Cuando contactar MMAP.....	12
F. Cómo comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)	13
F1. Cuándo contactar a Livanta	13
G. Cómo contactar a Medicare	14
H. Cómo comunicarse con Michigan Medicaid.....	15

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



I. Cómo contactar al programa de defensor del pueblo de MI Health Link 16

J. Cómo comunicarse con el Programa del defensor del pueblo de Atención a largo plazo de Michigan..... 17

K. Cómo denunciar el fraude y el abuso..... 17



A. Cómo comunicarse con su Coordinador de atención

Un coordinador de atención es un profesional de la salud que ayudará a que reciba la atención y los servicios que afectan a su salud y bienestar. Se le asigna un coordinador de atención cuando se inscribe en AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. Su coordinador de atención tendrá la oportunidad de conocer su situación y 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 médica y establecer objetivos para llevar una vida saludable. Siempre que tenga una pregunta o un problema relacionado con su salud o los servicios o la atención que recibe de nosotros, podrá llamar a su coordinador de atención médica. **Su coordinador de atención es la persona a la que "debe acudir"** para AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.

Nuestro objetivo en AmeriHealth Caritas VIP Care Plus es satisfacer sus necesidades de una manera que funcione para usted. Por este motivo decimos que nuestro programa está "centrado en la persona". El proceso de planificación centrado en la persona es 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 clave para su éxito, como familiares, amigos o representantes legales.

LLAME	<p>1-888-667-0318. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m. Después de las horas habituales de trabajo, los miembros pueden obtener información sobre el plan consultando el sistema interactivo de respuesta de voz, y puede dejarle un mensaje a su coordinador de atención.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m.</p>
ESCRIBA	<p>AmeriHealth Caritas VIP Care Plus P.O. Box 7075 London, KY 40742-7075</p>
SITIO EN LÍNEA	<p>www.amerihealthcaritasvipcareplus.com</p>

A1. Cuándo comunicarse con su Coordinador de atención

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre la obtención de servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- preguntas sobre cualquier otro apoyo y servicio que necesite

Se ofrecen muchos beneficios de LTSS a todos los afiliados al plan según sea médicamente necesario. Si no es un participante de la exención, puede recibir ciertos beneficios de exención a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus si son 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

Consulte el Capítulo 4, Sección D, para obtener información adicional sobre los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad.



B. Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus

LLAME	<p>1-888-667-0318. Esta llamada es gratuita.</p> <p>de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Después del horario laboral habitual, los miembros pueden obtener información del plan del sistema interactivo de respuesta por voz y pueden dejar un mensaje para su coordinador de atención.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.</p>
ESCRIBA	<p>AmeriHealth Caritas VIP Care Plus P.O. Box 7075 London, KY 40742-7075</p>
SITIO EN LÍNEA	<p>www.amerihealthcaritasvipcareplus.com</p>

B1. Cuándo comunicarse con Servicios al Miembro

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de identificación de miembro
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos, **o**
 - la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre atención médica.
 - Para informarse más sobre la Organización para la mejora de la calidad, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- apelaciones sobre su atención médica

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
- Para informarse más sobre una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización de mejora de la Calidad sobre la calidad que recibe (consulte la Sección F a continuación).
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre AmeriHealth Caritas VIP Care Plus directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9, Sección J.
- 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 pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D, medicamentos recetados de Michigan Medicaid y medicamentos de venta libre de Michigan Medicaid.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

Los medicamentos recetados y de venta libre de Michigan Medicaid están incluidos en el Nivel 3 del formulario. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare están incluidos en los Niveles 1 y 2 del formulario. Si desea presentar una apelación por



medicamentos de Michigan Medicaid o medicamentos de la Parte D, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

También puede presentar una apelación enviando su apelación por correo postal a:

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus
Attn: Appeals Department
P.O. Box 80109
London, KY 40742-0109

- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F.
- quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
 - Puede enviar una queja sobre AmeriHealth Caritas VIP Care Plus directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección J.
- pago de 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, Sección A.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección D, para más sobre las apelaciones.



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

La Línea de llamadas de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, es gratuita y brinda acceso a una enfermera titulada que puede responder sus preguntas sobre problemas de salud. La Línea de llamadas de asesoramiento de enfermería cuenta con personal de enfermería titulado 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 llamadas de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Una enfermera le ayudará a decidir si necesita ir al consultorio de su PCP, a un centro de atención de urgencia o sala de urgencias, cerca de usted.

LLAME	<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 intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p>

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas

- preguntas sobre su atención médica



Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.

D. Cómo comunicarse con la Línea de información general y la Línea de crisis de salud conductual

Los servicios de salud conductual estarán disponibles para los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus a través de la red local de proveedores del Plan de salud para pacientes hospitalizados prepago (PIHP). Los miembros que reciben servicios a través del PIHP seguirán obteniéndolos de acuerdo con su plan de atención. AmeriHealth Caritas VIP Care Plus proporcionará los servicios de cuidado 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 una forma equivocada de solicitar o recibir estos servicios.

Si tiene preguntas acerca de sus servicios de salud conductual, contacte con AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. Si necesita asistencia inmediata o experimenta una crisis de salud conductual, llame al 988 para contactar con la Línea de suicidio y crisis o contacte con uno de los recursos de crisis que se enumeran a continuación.

Línea de información general de la salud conductual para el condado de Macomb:

LLAME	<p>1-855-996-2264. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a. m. a 4:45 p. m.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete 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>

Línea de información general de la salud conductual del condado de Wayne:

LLAME	<p>1-800-241-4949 Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a. m. a 04:30 p. m.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
--------------	--

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



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. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a. m. a 04:30 p. m.</p>
------------	---

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de información general de la salud conductual

- preguntas sobre los servicios de salud conductual
- dónde y cómo obtener una evaluación
- dónde ir para obtener servicios
- una lista de otros recursos comunitarios

Línea de crisis de la salud conductual del condado de Macomb

LLAME	<p>1-586-307-9100.</p> <p>Las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p>

Línea de crisis de la salud conductual del condado de Wayne:

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

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



D2. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual

- pensamientos suicidas
- información sobre salud/enfermedad mental
- abuso de sustancias/adicción
- para ayudar a un amigo o ser querido
- para ayudar a un amigo o ser querido
- abuso/violencia
 - Si está sujeto o sospecha de abuso, negligencia o maltrato, puede **llamar a Servicios de Protección para Adultos (APS) al 1-855-444-3911 en cualquier momento del día o de la noche** para hacer un informe. APS investigará dentro de las 24 horas posteriores a su denuncia.
- problemas económicos que causan ansiedad / depresión.
- soledad
- problemas familiares
- si tiene una emergencia de vida o muerte, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano.
- preguntas sobre los servicios para trastornos por uso de sustancias.



E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare. En Michigan, el programa SHIP se conoce como Programa de Asistencia de Michigan Medicare (MMAP).

MMAP no está conectado con ninguna compañía de seguros ni plan médico.

LLAME	1-800-803-7174. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es: de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
ESCRIBA	6105 St Joe Hwy #204 Lansing Charter Township, MI 48917
CORREO ELECTRÓNICO	info@mmapinc.org
SITIO EN LÍNEA	http://mmapinc.org/

E1. Cuando contactar MMAP

- preguntas sobre su seguro médico de Medicare y Michigan Medicaid
 - Los asesores de MMAP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - entender sus derechos,
 - comprender la cobertura de medicamentos, como medicamentos recetados y de venta libre,
 - comprender sus opciones de planes,
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y
 - solucionar problemas con sus facturas.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.



F. Cómo comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Nuestro estado utiliza una organización llamada Livanta para mejorar la calidad. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta no está conectada con nuestro plan.

LLAME	1-888-524-9900. Esta llamada es gratuita.
TTY	1-888-985-8775 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
ESCRIBA	Livanta 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO EN LÍNEA	http://www.livantaqio.com

F1. Cuándo contactar a Livanta

- preguntas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención,
 - 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, por sus siglas en inglés) están terminando demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



G. Cómo contactar a Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, 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, o CMS.

LLAME	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.</p>
SITIO EN LÍNEA	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios.</p> <p>Incluye sitios web útiles y números de teléfono. También tiene folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas de la tercera edad podrían ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O puede llamar a Medicare al número anterior y decirles lo que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



H. Cómo comunicarse con Michigan Medicaid

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

Está inscrito en Medicare y en Michigan Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Michigan Medicaid, llame a la Línea de ayuda para beneficiarios.

LLAME	Línea de ayuda para beneficiarios 1-800-642-3195. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m.
TTY	1-866-501-5656 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
ESCRIBA	PO Box 30479 Lansing, MI 48909

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan determina la elegibilidad para Michigan Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid de Michigan o sobre la renovación anual, comuníquese con su especialista del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si tiene preguntas 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 preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.

I. Cómo contactar al programa de defensore del pueblo de MI Health Link

El programa de defensor del pueblo de MI Health Link ayuda a las personas inscritas en MI Health Link. Trabajan como defensores en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a comprender qué hacer. El defensor del pueblo de MI Health Link también ayuda a las personas inscritas en Michigan Medicaid con problemas de servicio o facturación. No están conectados con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Estos servicios son gratuitos.

LLAME	1-888-746-6456
TTY	711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
CORREO ELECTRÓNICO	help@mhlo.org
SITIO EN LÍNEA	www.mhlo.org

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



J. Cómo comunicarse con el Programa del defensor del pueblo de Atención a largo plazo de Michigan

El Programa del defensor del pueblo de Atención a largo plazo de Michigan ayuda a las personas a aprender sobre los hogares de ancianos y otros entornos de atención a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estos entornos y los residentes o sus familias.

LLAME	1-866-485-9393
ESCRIBA	State Long Term Care Ombudsman 15851 South US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
CORREO ELECTRÓNICO	mltcop.org/contact
SITIO EN LÍNEA	mltcop.org/

K. Cómo denunciar el fraude y el abuso

Si sospecha que se está produciendo fraude, derroche o abuso, infórmenos.

LLAME AL	1-866-833-9718, abierto las 24 horas
ESCRIBA	Special Investigations Unit P.O. Box 7319 London, KY 40742
CORREO ELECTRÓNICO	Formulario de contacto seguro FWA en el sitio web y FraudTip@amerihealthcaritasdc.com
SITIO EN LÍNEA	www.amerihealthcaritasvipcareplus.com

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que necesita conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. También contiene información sobre su coordinador de cuidados, cómo recibir atención de distintos tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (lo que incluye a proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando quieren facturarle directamente servicios cubiertos por nuestro plan y las normas para tener equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	3
B. Normas para obtener servicios de atención médica, de salud conductual y de apoyos y servicios a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan	3
C. Información sobre su coordinador de cuidados	5
C1. Qué es coordinador de cuidados.....	5
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados.....	6
C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidados	6
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red	6
D1. Atención de un proveedor de atención primaria.....	6
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	8
D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan	9
D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.....	10
E. Cómo recibir apoyos y servicios a largo plazo (LTSS).....	11
F. Cómo recibir servicios de salud conductual	11

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



- G. Cómo participar en la iniciativa de la autodeterminación 12
 - G1. Qué es la iniciativa que promueve la autodeterminación 12
 - G2. Quién puede formar parte de la iniciativa que promueve la autodeterminación 12
 - G3. Cómo obtener ayuda para contratar a proveedores..... 12
- H. Cómo obtener servicios de transporte 12
- I. Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una urgencia médica o necesita atención urgente o ante una catástrofe 13
 - I1. Atención en caso urgencia médica 13
 - I2. Atención de urgencia..... 15
 - I3. Atención durante una catástrofe 15
- J. Qué hacer si recibe una factura directamente por servicios cubiertos por nuestro plan..... 16
 - J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan 16
- K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica 16
 - K1. Definición de estudio de investigación clínica..... 16
 - K2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica..... 17
 - K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica..... 18
- L. De qué manera se cubren los servicios de atención médica cuando está en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud 18
 - L1. Definición de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud 18
 - L2. Obtener atención de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud 18
- M. Equipo médico duradero (DME) 19
 - M1. DME como miembro de nuestro plan..... 19
 - M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage..... 19
 - M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan..... 20
 - M4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage 21

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Los servicios son atención médica, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, salud conductual, 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 y los apoyos y servicios a largo plazo cubiertos se enumeran en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, Sección D.

Los proveedores son médicos, enfermeros, dentistas, oftalmólogos, audiólogo y otras personas que le brindan servicios y atención. El término proveedores también abarca hospitales, agencias de cuidado domiciliario, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipo médico y apoyos y servicios a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan a usted. Cuando usa a un proveedor de la red, no pagará nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener servicios de atención médica, de salud conductual y de apoyos y servicios a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus paga todos los servicios cubiertos por Medicare y Michigan Medicaid. Esto abarca servicios de salud conductual, servicios y apoyos a largo plazo, y medicamentos bajo receta.

En general, AmeriHealth Caritas VIP Care Plus paga la atención médica y demás apoyos y servicios que usted reciba siempre que cumpla con las normas del plan. Las únicas excepciones son que usted pague cualquier cantidad correspondiente al paciente (PPA) por servicios de un centro de enfermería según lo haya determinado el Departamento de Salud y Servicios Humanos local o cualquier prima del programa Freedom to Work (Libertad para Trabajar) que tenga. Si tiene dudas sobre el programa Freedom to Work [Libertad para Trabajar], comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos (MDHHS) de Michigan. Puede encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS visitando www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.

Estos son los requisitos para estar cubierto:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluida en el Cuadro de beneficios del plan (El cuadro está en el Capítulo 4, Sección D, de este manual).

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcareplus.com.



- 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, equipos o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de práctica médica.
- Es necesario que un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red le haya ordenado la atención o le haya pedido que visitara a otro médico. Como miembro del plan, usted debe elegir a un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, *nuestro plan* debe darle su aprobación antes de que usted pueda ver a alguien que no sea su PCP o acudir a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina **referencia médica**. Es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care Plus no cubra los servicios si usted no obtiene esta aprobación. Usted no necesita obtener una referencia médica para determinados especialistas, como, por ejemplo, especialistas en salud de la mujer. Para saber más sobre las referencias médicas, consulte la sección D.
 - No necesita una referencia médica de su PCP para recibir atención médica de emergencia o atención urgente ni para visitar a un proveedor de salud de la mujer. Puede recibir otro tipo de atención sin contar con una referencia médica de su PCP. Para saber más al respecto, consulte la sección D.
 - Para saber más sobre la elección de un PCP, consulte la sección D.
 - **Nota:** En sus primeros 90 a 180 días con nuestro plan está obteniendo servicios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) para cubrir sus necesidades en su domicilio o para atender problemas de salud mental y discapacidad intelectual/de desarrollo, puede seguir usando a sus proveedores actuales sin coste alguno si no forman parte de nuestra red. Durante los 90-180 días, nuestro coordinador de atención le contactará para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red. Tras 90-180 días, ya no le cubriremos la atención si sigue usando nuestros proveedores de fuera de red.
- **Usted debe recibir atención de los proveedores de la red.** En general, el plan no cubrirá la atención de los proveedores que no trabajen con el plan de salud. Sin embargo, hay algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - El plan cubre atención médica de emergencia o atención urgente de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y averiguar qué significa atención médica de emergencia o atención urgente, consulte la Sección I.
 - 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.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



Debe obtener una autorización del plan antes de buscar atención fuera de la red. En este caso, cubriremos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red. Para conocer más sobre cómo obtener la aprobación para un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.

- El plan cubre servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es accesible por poco tiempo. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Al unirse por primera vez al plan, puede seguir recibiendo servicios y usando los médicos y otros proveedores que usa ahora durante al menos 90 días a partir de su fecha de inscripción. La exención de rehabilitación y los servicios de apoyos de y especialidades proporcionados por el Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP) que podría estar recibiendo en la actualidad no cambiarán tras su inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. Para el resto de servicios, podrá seguir viendo a los médicos y proveedores que usa en la actualidad hasta los 180 días posteriores a la fecha de su inscripción. Su coordinador de cuidados trabajará con usted para elegir a los nuevos proveedores y organizar los servicios dentro de este periodo. Llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus para obtener información sobre los servicios en hogares de ancianos.
- Si requiere de la atención de un especialista que no está disponible con ningún proveedor de la red, AmeriHealth Caritas VIP Care Plus realizará hará los arreglos necesarios para que un proveedor fuera de la red brinde estos servicios. En tal caso, el plan negociará un acuerdo por un solo caso con un proveedor fuera de la red hasta que un proveedor de la red calificado esté disponible. Un proveedor fuera de la red no tiene la obligación de aceptar un acuerdo por un solo caso. AmeriHealth Caritas VIP Care Plus no puede obligar a un proveedor fuera de la red a facturarle al plan en lugar de a usted.

C. Información sobre su coordinador de cuidados

C1. Qué es coordinador de cuidados

Un coordinador de atención es un profesional de la salud que ayudará a que reciba la atención y los servicios que afectan a su salud y bienestar. Se le asigna un coordinador de atención cuando se inscribe en AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. Su coordinador de atención tendrá la oportunidad conocer su situación y 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 médica y establecer objetivos para llevar una vida saludable. Siempre que tenga una pregunta o un problema relacionado con su salud o los servicios o la atención que recibe de

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



nosotros, podrá llamar a su coordinador de atención médica. **Su coordinador de atención es la persona a la que "debe acudir"** para AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.

Un coordinador de cuidados es una persona que trabajará con usted para ayudarlo a recibir los apoyos y servicios cubiertos por Medicare y Michigan Medicaid que necesite y quiera.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados

Para contactar a su coordinador de cuidados, llame a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidados

Para cambiar a su coordinador de cuidados, llame a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe escoger a un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y administre su atención.

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. Las 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 sus reclamos de PCP. Si quiere que su especialista sea su PCP, contacte a su coordinador de cuidados 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 toma para poder reducir cualquier efecto adverso. Su PCP siempre le pedirá permiso antes de compartir su información médica con otros proveedores.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



Las funciones del PCP son:

- coordinar los servicios cubiertos.
- tomar decisiones sobre autorizaciones previas o cómo obtenerlas si corresponde.
- Para algunos tipos de servicios, es posible que su PCP tenga que conseguir antes una aprobación de First Choice VIP Care Plus (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 First Choice VIP Care Plus 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 cuidado integrado del miembro (ICT).

Una clínica rural de salud (RHC) o un centro de salud federalmente calificado (FQHC) que esté en nuestra red también puede ser su proveedor de atención primaria.

Su elección de PCP

Elija al PCP que le resulte cómodo ver y tener para administrar todas sus necesidades médicas.

Si no elige a un PCP dentro de los primeros 90 días después de su inscripción, y AmeriHealth Caritas VIP Care Plus ha intentado de forma razonable y sin éxito ayudarlo (por teléfono o por correo) a seleccionar un PCP, entonces AmeriHealth Caritas VIP Care Plus le asignará a un PCP, y les avisará tanto a usted como al PCP sobre la asignación. Esta asignación de PCP no deberá afectar 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. En ese caso, podemos ayudar a que encuentre a un nuevo PCP.

Deberá contactarse con su coordinador de cuidados o Servicios al Miembro para cambiar de PCP. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o a su coordinador de cuidados, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.

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

Servicios que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de visitar a otros proveedores. Esta aprobación se llama referencia médica. Puede recibir servicios como los que se mencionan a continuación sin la aprobación previa de su PCP:

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- Servicios de urgencia de proveedores dentro o fuera de la red.
- Atención urgente necesaria de proveedores de la red.
- Atención urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a los de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan).
- NOTA: Los servicios deben necesitarse de forma inmediata y ser médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis de riñón que realiza en un centro médico de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio del plan. (llame a Servicios al Miembro antes de salir del área. Podemos ayudarlo a conseguir diálisis mientras esté fuera).
- Vacunas antigripales y la COVID-19, vacunas contra la Hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Atención médica de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de los senos), citología vaginal y exámenes pélvicos siempre que los realice un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para los servicios de proveedores de salud indígena, puede visitar a estos proveedores sin una referencia médica.
- La mayoría de las visitas a especialistas (los exámenes de audición requieren de una referencia médica)
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de podología

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. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Atención cardiológica para pacientes con enfermedades cardíacas.
- Atención ortopédica para pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Cuando necesite atención de proveedores especialistas, incluidos los servicios de cuidado domiciliario y de la salud conductual, deberá coordinar la atención con su PCP. Su PCP lo ayudará a seleccionar al proveedor de la red apropiado y completará cualquier requisito necesario por usted. Si tiene alguna duda o inquietud, llame a su coordinador de cuidados para pedir ayuda. Para

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



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 no deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de poder surtir la receta. Es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care Plus no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación necesaria. Esto se llama "autorización previa". En estos casos, se solicitará a su PCP o especialista que brinde información sobre su afección y el 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 selección 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. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red al que 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 daremos un aviso que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo suficiente de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de la salud conductual deja nuestro plan, le daremos un aviso si tuvo alguna consulta con ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de los otros proveedores deja nuestro plan, le daremos un aviso si usted está asignado al proveedor, recibe atención de esa personal en el momento o tuvo consultas en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor calificado de la red para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted recibe actualmente un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúen las terapias y los tratamientos médicamente necesarios y trabajaremos con usted para garantizar que esto ocurra.
- Le brindaremos información sobre los distintos períodos de inscripción que tiene disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Si no pudiéramos encontrar un especialista cualificado en la red al que pudiera acceder, tendremos que asegurar que un especialista fuera de la red le proporcione atención cuando un proveedor de la red o beneficio no esté disponible o sea inadecuado para atender sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con uno calificado o que su atención no se administró de manera correcta, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección F, para obtener información acerca de cómo realizar una apelación.

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, llámenos para que podamos ayudar a que encuentre uno nuevo y a administrar su atención. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o a su coordinador de cuidados, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.

D4. Cómo recibir atención de 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 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 los servicios de fuera de red del plan. Para obtener una autorización previa, el proveedor fuera de la red debe contactar al 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 o Michigan Medicaid.
- Si visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



E. Cómo recibir apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)

Los apoyos y servicios a largo plazo (LTSS) lo ayudan a cubrir sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Los LTSS pueden ayudarlo con las actividades diarias, como tomar un baño, vestirse, cocinar y tomar sus medicamentos. La mayoría de estos servicios se presta en su hogar o en su comunidad, pero también pueden brindarse en un hogar de ancianos u hospital.

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 Plus 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 cuidados sobre cómo acceder a ellos. Su coordinador de cuidados puede darle información sobre los recursos que el plan pone a su disposición. También puede contactar a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener más información sobre estos programas.

F. Cómo recibir servicios de salud conductual

Hay varias formas de encontrar a un proveedor de salud conductual. Puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 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 cuidados o buscar a un proveedor de salud conductual en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. El Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP) ofrece servicios de salud conductual 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.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



G. Cómo participar en la iniciativa de la autodeterminación

G1. Qué es la iniciativa que promueve la autodeterminación

La autodeterminación es una opción disponible para los miembros que reciben servicios a través del programa de exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad MI Health Link HCBS. Es un proceso que le permite planificar y ejercer control sobre su vida.

- Esto incluye administrar una cantidad de dinero fija para cubrir sus apoyos y servicios autorizados. A menudo, a esto se le conoce como "presupuesto individual".
- Si decide hacer esto, también tendrá control sobre la contratación y administración de proveedores.

G2. Quién puede formar parte de la iniciativa que promueve la autodeterminación

La iniciativa que promueve la autodeterminación está disponible para todos los miembros que reciban servicios a través del programa de exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad llamado MI Health Link HCBS.

G3. Cómo obtener ayuda para contratar a proveedores

Puede trabajar con su coordinador de cuidados para obtener ayuda para contratar a proveedores.

H. Cómo obtener servicios de transporte

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus cubre los 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, como, por ejemplo, para asistir a las citas con los médicos, ir a la farmacia o recibir terapia física. Para usar este beneficio, llame a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. También puede contactar a su coordinador de cuidados para que lo ayude a usar sus beneficios 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.

También puede hacer arreglos para que le hagan un reembolso por el millaje de sus viajes médicos que no hayan sido de urgencia. Para recibir más información sobre el reembolso por millaje, llame a Servicios al Miembro o contacte a su coordinador de cuidados. Para que le hagan un reembolso por millaje, usted debe:

1. Pedir que se organice un viaje de reembolso por millaje.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



2. Llevar un formulario de reembolso por millaje a su cita. Su proveedor debe firmarlo.
3. Completar el resto del formulario. Asegúrese de poner el número de millas para el reembolso.
4. Regresar el formulario a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.

Recibirá un pago por las millas utilizadas a la tasa de millaje actual.

I. Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una urgencia médica o necesita atención urgente o ante una catástrofe

I1. Atención en caso urgencia médica

Definición de urgencia médica

Una urgencia médica es una condición médica que se manifiesta por medio de síntomas tales como un dolor fuerte o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en alguno de los siguientes:

- Riesgo grave para su salud o la de su feto.
- Daños graves a sus funciones físicas.
- Disfunción grave de un órgano u otra parte del cuerpo.
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No haya suficiente tiempo para transferirla a otro hospital antes del parto.
 - Transferirla a otro hospital podría suponer un riesgo para su salud o seguridad o la del feto.

Qué hacer en caso de una urgencia médica

Si tiene una urgencia médica:

- **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de urgencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. *No necesita obtener una aprobación o referencia médica previa de su PCP. No tiene obligación de usar un proveedor de red. Puede obtener atención médica urgente siempre que la necesite en cualquier parte de EE. UU. o sus territorios de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente.*
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de informar a nuestro plan de su emergencia.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted o alguien más debería llamarnos para contarnos su atención médica de

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



urgencia, normalmente dentro de las 48 horas. Sin embargo, no deberá pagar por servicios de emergencia si se demoró en informarnos. Llame a Servicios al Miembro al **1-888--667-0318 (TTY 711)** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m, los siete días de la semana.

Servicios cubiertos en una urgencia médica

Puede recibir atención médica de urgencia cubierta cuando la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Los servicios de urgencia solo son cubiertos si se reciben dentro de EE. UU. y sus territorios.

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de urgencias, nuestro plan la cubrirá. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Los proveedores que brinden la atención médica de emergencia decidirán cuándo su afección esté estable y haya terminado la emergencia médica. Seguirán tratándole y le contactarán para planificar si necesita un seguimiento médico para su mejora.

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

Qué hacer si tiene una urgencia de salud conductual

Si necesita servicios de salud conductual en forma inmediata, llame a la Línea de crisis de salud conductual para el Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP) local.

Línea de crisis de salud conductual del condado de Macomb: 1-586-307-9100 (TTY 711)

Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Línea de crisis de salud conductual del condado de Wayne: 1-800-241-4949 (TTY 711)

Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Recibir atención médica de urgencia cuando no es una urgencia

A veces, puede ser difícil saber si tiene una urgencia médica o conductual. Puede ocurrir que vaya por atención médica de urgencia y que el médico diga que en realidad no existe tal urgencia médica. Siempre y cuando crea razonablemente que su salud estaba en peligro grave, nosotros cubriremos la atención.

Sin embargo, si el médico dice que no se trataba de *una urgencia*, 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 urgente”, y cumple con las normas para este tipo de atención. (Consulte la siguiente sección).

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



I2. Atención de urgencia

Definición de atención de urgencia

La atención de urgencia es el cuidado que recibe por una situación que no es una urgencia, pero que necesita atención inmediata. Por ejemplo, puede tener un brote de una enfermedad existente o una enfermedad o lesión inesperados.

Atención médica urgente cuando está en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención médica urgente solo si:

- recibe la atención de un proveedor de la red, y
- sigue las demás normas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede o no es razonable acceder a un proveedor de la red, por el tiempo del que dispone, su ubicación o circunstancias, cubriremos 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 urgencia, llame primero a su PCP. Si no puede ponerse en contacto con su PCP, llame a la Línea de enfermeros 24/7 al **1-855-843-1145 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita. Su PCP o un enfermero lo ayudará a decidir si necesita ir a una sala de urgencias, al consultorio del PCP o a un centro de atención urgente cercano a usted.

Atención médica urgente cuando está fuera del área de servicio del plan

Cuando esté fuera del área de servicio, tal vez no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención médica urgente que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención médica urgente ni ningún otro tipo de atención prestada fuera de los Estados Unidos.

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 un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, todavía tiene derecho a recibir atención de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.

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

Durante una catástrofe declarada, si no puede acceder a un proveedor de la red, permitiremos que reciba asistencia de un proveedor fuera de la red sin costo para usted. Si no puede acceder a una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, podrá surtir sus medicamentos bajo receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8 para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



J. Qué hacer si recibe una factura directamente por servicios cubiertos por nuestro plan

Si un proveedor le factura a usted en lugar de al plan, puede pedirnos que paguemos la factura.

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el pago.

Si pagó por servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A para saber qué hacer.

J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus cubre todos los servicios:

- que son médicamente necesarios, **y**
- que están enumerados en el Cuadro de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D), **y**
- que recibe al seguir las normas del plan.

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

Si quiere saber si pagaremos por un servicio o la atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9, Sección D2 le explica qué hacer si quiere que el plan cubra un artículo o servicio médico. También le indica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. También puede llamar a Servicios al Miembro para saber más sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos por algunos servicios hasta cierto límite. Si sobrepasa el límite, deberá pagar el costo total para recibir más de ese tipo de servicios. Llame a Servicios al Miembro para conocer los límites y saber cuánto le falta para alcanzarlos.

K. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele solicitar voluntarios para participar en el estudio.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted quiere participar, una persona que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted. Esa persona le brindará información sobre el estudio y verificará si usted califica para participar. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con las condiciones necesarias. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras esté en el estudio, podrá seguir inscrito en nuestro plan. De esa forma, continúa recibiendo atención no relacionada con el estudio de parte de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación de nosotros ni de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios para los cuales nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un estudio clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados bajo las determinaciones de cobertura nacional que exigen cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCS-CED) y exenciones de dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Usted debe informarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidados debe llamar a Servicios al Miembro para decirnos que formará parte de un ensayo clínico.

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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no deberá pagar los servicios cubiertos bajo el estudio, sino que Medicare los pagará, así como también los costos de rutina asociados a su atención médica. Una vez que se suma a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cubierta la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- Habitación y comida durante la admisión hospitalaria que Medicare pagaría aunque no participara en un estudio.
- La operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación causados por la nueva atención.

Si participa en un estudio **no aprobado** por Medicare, deberá pagar todos los costos por estar en el estudio.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, lea “Medicare & Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. De qué manera se cubren los servicios de atención médica cuando está en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud

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

Una institución no médica religiosa 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, cubriremos la atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio es solo para los servicios hospitalarios de la Parte A de Medicare (servicios no médicos del cuidado de la salud).

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

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

- El tratamiento médico “no obligatorio” es cualquier atención voluntaria y no requerida por las leyes federales, estatales o locales.
- El tratamiento médico “obligatorio” es cualquier atención no voluntaria y que es requerida por las leyes federales, estatales o locales.

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

- El centro que brinda atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan está limitada a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- Debe tener una enfermedad que le permita recibir servicios cubiertos de atención en un hospital o centro especializado de enfermería.
- Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de ser admitido en el centro médico; de lo contrario, su admisión no estará cubierta.

Se aplican límites de Medicare para la cobertura de la internación hospitalaria. Consulte los servicios hospitalarios en el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

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

Usted siempre será el propietario de ciertos insumos, como las prótesis.

En esta sección, hablaremos de los DME que debe alquilar. Normalmente, los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus no adquieren los derechos de propiedad de los DME, sin importar por cuánto tiempo los alquilen.

Aunque hubiera poseído el DME durante hasta 12 meses seguidos con Medicare antes de incorporarse a nuestro plan, seguirá sin adquirir el derecho de propiedad del equipo.

En ciertas situaciones específicas, le transferiremos la propiedad del DME.

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus alquilará la mayoría de los DME cubiertos por Medicare por un máximo de 13 meses y los DME cubiertos solo por Medicaid por un máximo de 10 meses para sus miembros. Luego del período de alquiler, nuestro plan le transferirá la propiedad del artículo DME y se considerará que usted lo ha comprado. AmeriHealth Caritas VIP Care Plus continuará pagando por los costos de reparación y mantenimiento. Llame a Servicios al Miembro para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.

M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

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, el plan puede definir la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que pasen a ser sus dueños.

Nota: Puede encontrar las definiciones de los Planes de Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información en el Manual *Medicare y Usted 2025*. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



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

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

- no se convirtió en dueño del DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare.

Si realizó pagos por el DME bajo Original Medicare o Medicare Advantage antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos efectuados a Original Medicare o Medicare Advantage no cuentan para los pagos que debe hacer luego de que abandona nuestro plan.**

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

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

Si califica para la cobertura de equipos de oxígenos por parte de Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- 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 regresarle los equipos de oxígeno al dueño cuando ya no tenga la necesidad médica de usarlos o si abandona nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



M4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

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

Si todavía tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno **después de haberlos alquilado durante 36 meses**:

- Su proveedor debe proporcionarle los equipos de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Su proveedor debe proporcionarle equipos 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**:

- Su proveedor ya no está obligado a proporcionarlos y usted puede optar por conseguir equipos de remplazo de parte de otro proveedor.
- Inicia un periodo nuevo de 5 años.
- Alquilará con otro proveedor por 36 meses.
- Su proveedor entonces 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 y se cambia a un plan de Medicare Advantage**, el plan cubrirá, al menos, lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su plan de Medicare Advantage qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán los costos que le corresponderán a usted.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



M4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

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

Si todavía tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno **después de haberlos alquilado durante 36 meses**:

- Su proveedor debe proporcionarle los equipos de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Su proveedor debe proporcionarle equipos 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**:

- Su proveedor ya no está obligado a proporcionarlos y usted puede optar por conseguir equipos de remplazo de parte de otro proveedor.
- Inicia un periodo nuevo de 5 años.
- Alquilará con otro proveedor por 36 meses.
- Su proveedor entonces 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 y se cambia a un plan de Medicare Advantage**, el plan cubrirá, al menos, lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su plan de Medicare Advantage qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán los costos que le corresponderán a usted.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



-
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare.

Si realizó pagos por el DME bajo Original Medicare o Medicare Advantage antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos efectuados a Original Medicare o Medicare Advantage no cuentan para los pagos que debe hacer luego de que abandona nuestro plan.**

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

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

Si califica para la cobertura de equipos de oxígenos por parte de Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- 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 regresarle los equipos de oxígeno al dueño cuando ya no tenga la necesidad médica de usarlos o si abandona nuestro plan.



M4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

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

Si todavía tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno **después de haberlos alquilado durante 36 meses**:

- Su proveedor debe proporcionarle los equipos de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Su proveedor debe proporcionarle equipos 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**:

- Su proveedor ya no está obligado a proporcionarlos y usted puede optar por conseguir equipos de remplazo de parte de otro proveedor.
- Inicia un periodo nuevo de 5 años.
- Alquilará con otro proveedor por 36 meses.
- Su proveedor entonces 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 y se cambia a un plan de Medicare Advantage**, el plan cubrirá, al menos, lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su plan de Medicare Advantage qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán los costos que le corresponderán a usted.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Introducción

Este capítulo brinda información sobre los servicios que AmeriHealth Caritas VIP Care Plus cubre y cualquier restricción o límite sobre 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 del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Sus servicios cubiertos.....	2
A1. Durante emergencias de salud pública.....	3
B. Normas contra proveedores que le cobran servicios	3
C. El Cuadro de beneficios de nuestro plan	3
D. Cuadro de beneficios	6
E. Beneficios cubiertos fuera de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus	70
E1. Atención para enfermos terminales	70
E2. Servicios cubiertos por el plan o el Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP)	71
F. Beneficios no cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, Medicare ni Michigan Medicaid.....	71

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le indica cuáles son los servicios AmeriHealth Caritas VIP Care Plus paga. También puede conocer qué servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5, Sección A. Este capítulo también explica los límites en algunos servicios.

No deberá pagar nada por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B, para obtener más detalles sobre las normas del plan. Las únicas excepciones son que usted pague cualquier:

- Cantidad correspondiente al paciente (PPA) por servicios de un centro de enfermería según lo haya determinado el Departamento de Salud y Servicios Humanos local.
- Prima del programa Freedom to Work (Libertad para Trabajar) que tenga. Si tiene dudas sobre el programa Freedom to Work [Libertad para Trabajar], comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos (MDHHS) de Michigan. Puede encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS visitando www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.

Los Servicios de salud del comportamiento especiales los proporcionan los Planes de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHPs) o los Proveedores de Servicios de Salud Mental Comunitarios (CMHSPs). Esto incluye servicios de salud mental, discapacidad intelectual y del desarrollo y trastornos por uso de sustancias.

Si necesita apoyos y servicios relacionados con un trastorno de salud conductual, discapacidad de desarrollo o intelectual, o trastornos por uso de sustancias, y vive en Macomb o el condado de Wayne, contacte con PIHP para obtener información sobre las decisiones de cobertura, apelaciones, quejas de los servicios de salud conductual.

Si recibe servicios proporcionados por el PIHP, también recibirá un *Manual del Miembro* del PIHP que le dará mayores explicaciones sobre la elegibilidad para el PIHP y los servicios con especialistas cubiertos.

Según los criterios de elegibilidad, algunos artículos, suministros, apoyos y servicios se pueden ofrecer a través de nuestro plan o el PIHP. Para garantizar que nuestro plan y el PIHP no paguen por los mismos artículos, suministros, apoyos o servicios, su coordinador de cuidados puede ayudarlo a obtener lo que usted necesite de parte de nuestro plan o el PIHP. Los servicios del PIHP tienen criterios de elegibilidad o necesidad médica diferentes. Consulte la Sección E de este capítulo y el manual del PIHP para obtener más información.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de cuidados y/o a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



A1. Durante emergencias de salud pública

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

Consulte www.amerhealthcaritasvipcareplus.com para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con los costos compartidos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, posiblemente pueda surtir sus medicamentos bajo receta en una farmacia fuera de la red. Cuando el gobierno declara un desastre o estado de emergencia federal, permitimos acceder a farmacias fuera de la red para evitar una interrupción del servicio.

B. Normas contra proveedores que le cobran servicios

No permitimos que los proveedores de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus le cobren por servicios cubiertos. 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 pasa, consulte el Capítulo 7, Sección A, o llame a Servicios al Miembro.

C. El Cuadro de beneficios de nuestro plan

El Cuadro de beneficios en la Sección D indica los servicios que cubre el plan. Enumera las categorías de servicios por orden alfabético y explica los servicios que están cubiertos. Consta de dos secciones:

- Servicios generales
- Exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS)

Pagaremos los servicios indicados en el Cuadro de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas. No paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos abajo. Las únicas excepciones son que usted pague cualquier cantidad correspondiente al paciente (PPA) por servicios de un centro de enfermería según lo haya determinado el Departamento de Salud y Servicios Humanos local o cualquier prima del programa Freedom to Work (Libertad para Trabajar) que tenga. Si tiene dudas sobre el programa Freedom to Work [Libertad para Trabajar], comuníquese con la oficina local del

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.



Departamento de Salud y Servicios Humanos (MDHHS) de Michigan. Puede encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS visitando www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Michigan Medicaid deben brindarse según las normas establecidas por Medicare y Michigan Medicaid.
- Los servicios (lo que incluye atención médica, servicios, insumos, equipo y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que necesita los servicios para evitar, diagnosticar o tratar una 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. Servicios médicamente necesarios:
 - Son médicamente (clínicamente) adecuados.
 - Son necesarios para cubrir necesidades.
 - Son adecuados para la enfermedad, los síntomas y el nivel de funcionamiento de la persona.
 - Son la opción más rentable en el entorno más integrado.
 - Siguen los estándares clínicos de cuidado.
 - Incluyen, entre otros, apoyos y servicios que ayudan a una persona a desarrollar o mantenerse en un nivel de funcionamiento de modo que pueda vivir en su comunidad.
- Para los nuevos inscritos, su plan debe brindar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor 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 el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, hay más información sobre cómo usar a proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP deberá darle aprobación antes de que usted pueda ver a alguien que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama referencia médica. En el Capítulo 3, Sección D, hay más información sobre cómo obtener una referencia médica y explica cuándo no es necesaria.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.




- 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. Los servicios cubiertos que necesitan primero una aprobación están marcados en el Cuadro de beneficios con un asterisco (*).
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



D. Cuadro de beneficios

Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Examen para la detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>El plan pagará por un único ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una referencia médica de su médico, auxiliar médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
	<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p> <p>El plan pagará hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor crónico de espalda baja, definido como:</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 cirugía, y • no asociado con un embarazo. <p>El plan pagará por 8 sesiones adicionales si muestra mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura cada año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben ser suspendidos si no mejora o si empeora.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipos y suministros médicos de adaptación</p> <p>El plan cubre dispositivos, controles o aparatos que le permiten 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 preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.






Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección y asesoramiento por abuso de alcohol</p> <p>El plan pagará un examen de detección de abuso de alcohol en adultos que consumen alcohol en exceso pero que no son dependientes. Esto incluye a mujeres embarazadas.</p> <p>Si el resultado del examen por abuso de alcohol es positivo, podrá recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento, en persona, una vez al año (si está dispuesto y atento durante las sesiones) con un proveedor de atención primaria calificado o un profesional médico en un entorno de atención primaria.</p>	\$0
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o de no emergencia, incluyen servicios de ambulancia por tierra y aire (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, de llevarlo a algún lugar por otros medios, podría estar en riesgo su vida o su salud. El plan deberá aprobar los servicios de ambulancia para otros casos.</p> <p>Para los casos que no sean urgencias, es posible que el plan pague por el servicio de una ambulancia. Su afección médica debe ser tan grave que, de llevarlo a algún lugar por otros medios, podría estar en riesgo su vida o su salud.</p> <p>Nota: El plan cubrirá el transporte en ambulancia a los Servicios de Salud del Comportamiento especiales de Medicaid que proporcionan los Planes de Salud Prepago de Pacientes Hospitalizados (PIHPs) o Proveedores de Servicios de Salud Mental Comunitarios (CMHSPs), incluido servicios de salud mental, discapacidad intelectual y de desarrollo y de trastornos del uso de sustancias, ya sea para una situación de urgencia o de no urgencia.</p> <p><i>*Los servicios de Medicare por tierra y aire que no son de urgencia requieren autorización previa.</i></p>	\$0*

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.





Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Visita anual de rutina</p> <p>Si ha estado inscrito en la Parte B de Medicare por más de 12 meses, podrá recibir un chequeo médico anual. Este chequeo tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo según sus factores de riesgo actuales. El plan pagará este chequeo una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No podrá recibir su primer chequeo médico anual dentro de un período de 12 meses desde la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sus chequeos médicos anuales estarán cubiertos después de haber estado en la Parte B durante 12 meses. No será necesario que tenga primero su visita de “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0
	<p>Medición de la masa ósea</p> <p>El plan pagará por ciertos procedimientos para los miembros que cumplan con los requisitos (normalmente, 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>El plan pagará por los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico que estudie y comente los resultados.</p>	\$0
	<p>Pruebas de detección para el cáncer de seno (mamografías)</p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</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

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>El plan pagará los servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios físicos, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con un orden de un médico.</p> <p>El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los normales.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
	<p>Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)</p> <p>El plan paga una visita al año a su proveedor de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede hacer esto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hablarle sobre el uso de la aspirina, • revisar su presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien. 	\$0
	<p>Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>El plan paga por análisis de sangre cada cinco años (60 meses) para saber si tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos por un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Pruebas de detección para el cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para todas las mujeres: Citologías vaginales y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para las mujeres en alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal: citología vaginal cada 12 meses • para mujeres que hayan tenido una citología vaginal con resultados anómalos dentro de los últimos 3 años y estén en edad de procrear: una citología vaginal cada 12 meses 	\$0
	<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación • radiografías diagnósticas 	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



	<p>Pruebas de detección de cáncer colorrectal</p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene un mínimo o un límite de edad máximo de la prueba de enema de bario y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para aquellos pacientes sin alto riesgo, o 48 meses. • después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una prueba de colonoscopia o enema de bario anterior. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tenga un alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • 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. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare muestre un resultado positivo. 	<p>\$0</p>
---	---	------------

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de Trabajadores de Salud Comunitaria (CHW)</p> <p>Los CHW son proveedores de salud pública no habilitados que facilitan acceso a los servicios sociales y de salud necesarios para los miembros. Los servicios de los CHW se centran en prevenir enfermedades, discapacidad y otras enfermedades crónicas o su progreso, promoviendo la salud física y mental. Los servicios de los CHW deben estar recomendados por un proveedor habilitado.</p> <p>Las afecciones que podrían definir la elegibilidad de un miembro para los servicios de CHW incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico de un o más afecciones de salud crónica, incluida la salud conductual; • necesidades sociales relacionadas con la salud documentadas o que se sospechan • embarazo y posparto. 	\$0
<p>Servicios de transición a la comunidad</p> <p>El plan pagará por gastos únicos para que haga la transición desde un hogar de ancianos hacia otra residencia en la que usted sea responsable de organizar las cosas necesarias para vivir. Los servicios cubiertos pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • depósitos de garantía o alojamiento • conexión de servicios y depósitos (excluye televisión e internet) • muebles (limitado) • electrodomésticos (limitado) • gastos de mudanza (excluye dispositivos de recreación o entretenimiento) • limpieza, incluyendo erradicación de plagas, control de alérgenos y limpieza general <p>Este servicio no incluye gastos de alquiler mensual en curso o hipoteca, costos de servicios públicos regulares o artículos que solo tienen fines recreativos o de entretenimiento. La cobertura está limitado a una vez por año.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<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 le pagará dos sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses para que deje de fumar como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona. <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 le pagará dos sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses para que deje de consumir tabaco. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona. 	\$0
	<p>Servicios dentales</p> <p>AmeriHealth Caritas VIP Care Plus pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes y evaluaciones una vez cada seis meses • la limpieza es un beneficio cubierto una vez cada seis meses. • se cubre un máximo de seis aplicaciones para el tratamiento con fluoruro diamino de plata de por vida. • radiografías. <ul style="list-style-type: none"> ○ las radiografías oclusales son un beneficio cubierto una vez cada 12 meses. ○ la radiografía panorámica es un beneficio cubierto una vez cada cinco años. ○ la radiografía de boca completa o serie completa es un beneficio cubierto una vez cada cinco años. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0*

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • empastes • extracciones dentales • las dentaduras postizas completas o parciales se cubren una vez cada cinco años. • los selladores están cubiertos una vez cada tres años, si se cumplen los criterios • las restauraciones indirectas (coronas) están cubiertas una vez cada 5 años por diente, si se cumplen los criterios • terapia de canal radicular/nuevo tratamiento de canal radicular anterior • evaluación médica integral • raspado si hay presencia de inflamación • raspado periodontal y alisado radicular • otro mantenimiento periodontal <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando ese servicio forma parte esencial del tratamiento específico de la enfermedad principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas como preparación para el tratamiento de radiación por cáncer que implica la mandíbula, o exámenes orales antes del trasplante de riñón.</p> <p><i>*Los servicios de restauración, endodoncias, periodoncias, cirugía oral y maxilofacial, prostodoncia fija y removible requieren autorización previa.</i></p>	

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Examen para la detección de la depresión</p> <p>El plan pagará un examen para detectar la depresión cada año. El examen se debe hacer en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y referencias médicas, que incluyen referencias médicas a su proveedor de atención primaria o al Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP) para evaluaciones y servicios adicionales.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del Programa de Prevención de la Diabetes</p> <p>El plan pagará los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare y los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de de Michigan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) <p>El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP es un programa creado para ayudar a los miembros a hacer cambios sanos en su estilo de vida. Ofrece capacitación práctica en estos aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ cambio en su dieta a largo plazo, y ○ aumento en la actividad física, y ○ maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida sano. • Servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Michigan (MDPP) <p>El plan pagará 28 sesiones de una hora de cambios de salud conductual proporcionadas por un entrenador de estilo de vida inscrito en Medicaid asociado con un proveedor de MiDPP inscrito para los miembros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ con sobrepeso u obesos conforme al Índice de Masa Corporal (IMC) y que tiene uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Niveles de glucosa en sangre elevados conforme a los estándares de la CDC de requisitos del nivel de glucosa en sangre – Historial de diabetes mellitus gestacional (DMG) – Puntuación de "alto riesgo" en la prueba de riesgo de prediabetes de la CDC <p>Una miembro con un diagnóstico previo de diabetes de tipo 1 o 2 y que está embarazada en la actualidad no puede inscribirse en MiDPP.</p> 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de la diabetes</p> <p>El plan pagará esta prueba (que incluye las pruebas 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 en la sangre (glucosa) <p>En algunos casos, estas pruebas se pueden cubrir, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede reunir 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 preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Capacitación en autoadministración, servicios e insumos para la diabetes</p> <p>El plan pagará 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, lo que incluye: <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 (soluciones) 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, el plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (plantillas incluidas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario, ○ ○ un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas por año (no incluye plantillas removibles que no estén hechas a medida ofrecidas con estos zapatos) <p>El plan también pagará la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o de profundidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos, el plan cubrirá la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. <p><i>*Las marcas de suministros diabéticos no preferidas y monitores y suministros de glucosa continuos y zapatos/plantillas terapéuticos requieren autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de doulas</p> <p>El plan pagará distintos servicios de doulas, incluidas doulas comunitarias, doulas prenatales, doulas para partos y nacimientos y doulas para posparto.</p> <p>El plan pagará doce visitas en total durante los periodos prenatal y de posparto y una visita para la atención durante el trabajo de parto y el parto.</p> <p>Podrían solicitarse visitas adicionales*.</p> <p>El soporte de doulas durante el periodo perinatal podría incluir, sin estar limitado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios prenatales • servicios de trabajo de parto y parto • servicios de posparto • *Se requiere autorización previa. <p>Un proveedor de salud colegiado habilitado debe realizar la recomendación de servicios de doulas.</p>	<p>\$0*</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados</p> <p>(Para leer una definición de "equipo médico duradero (DME)", consulte el Capítulo 12, así como el Capítulo 3 Sección M de este manual).</p> <p>Los siguientes artículos están cubiertos:</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) • dispositivos para el habla • equipo y suministros de oxígeno • nebulizadores • andador <p>Los siguientes artículos están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sacaleches • bastón • sillas inodoro • dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) • alimentación por sonda nasogástrica • monitor de actividad uterina en casa • insumos para la incontinencia • bomba de insulina y suministros • elevadores, eslingas y asientos • bomba neumática para linfedema • terapia de heridas por presión negativa <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • calzado ortopédico • ortótica • estimulador para osteogénesis • insumos para ostomía. • alimentación por vía intravenosa • medidor de flujo respiratorio máximo • productos de gradiente barométrico • superficies de apoyo para reducir la presión • prótesis • oxímetro de pulso • apósitos quirúrgicos • suministro para el cuidado de traqueotomía • dispositivo de estimulación nerviosa transcutánea • ventiladores • cardioversores-desfibriladores portátiles <p>Otros artículos podrían estar cubiertos.</p> <p>Algunos DME se proporcionan según la póliza de Michigan Medicaid. Se necesita una referencia médica, una orden médica y una evaluación, y se aplican algunas limitaciones respecto al remplazo y la reparación.</p> <p>Otros artículos podrían estar cubiertos, incluyendo ayudas ambientales o tecnología de asistencia/adaptación. AmeriHealth Caritas VIP Care Plus también puede cubrir los gastos para que aprenda a usar, modificar o reparar su artículo. Su equipo de cuidados integrados trabajará con usted para decidir si estos otros artículos y servicios son adecuados para usted y si estarán en su plan de atención.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados (continuación)</p> <p>El Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP) también podría cubrir algunos artículos de acuerdo con criterios de elegibilidad. Nuestro plan o el PIHP debería pagar por estos artículos, no ambos.</p> <p>Pagaremos todo DME médicamente necesario que Medicare y Michigan Medicaid paguen normalmente. Si nuestro proveedor en su área no tiene alguna marca o fabricante en particular, podrá pedirles que le hagan un pedido especial.</p>	

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención médica de emergencia</p> <p>"Atención médica de urgencia" significa que los servicios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ofrecidos por un proveedor capacitado para prestar servicios de urgencia, y • necesarios para tratar una urgencia médica. <p>Una urgencia médica es una condición médica acompañada por un dolor severo o una lesión grave. Esta condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que provoque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo grave para su salud o la de su feto; ○ • Daños graves a sus funciones físicas; ○ • Disfunción grave de un órgano u otra parte del cuerpo; ○ • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ No haya suficiente tiempo para transferirla a otro hospital antes del parto. ○ Transferirla a otro hospital podría suponer un riesgo para su salud o seguridad o la del feto. <p>Si recibe atención médica de urgencia en un hospital fuera de la red y necesita atención médica hospitalaria después de que su urgencia ha sido estabilizada, deberá regresar 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 admisión.</p> <p>Los servicios de urgencia solo son cubiertos si se reciben dentro de EE. UU. y sus territorios.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.



	<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley permite que usted elija a cualquier proveedor, ya sea un proveedor de dentro o fuera de la red, para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen y tratamiento médico de planificación familiar • pruebas de laboratorio y de diagnóstico para la planificación familiar • métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, DIU, inyecciones, implantes) • suministros para la planificación familiar con receta médica (condones, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón cervical) • asesoría y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados • asesoramiento y exámenes por infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) • esterilización voluntaria (debe tener al menos 21 años de edad y firmar un formulario de consentimiento de esterilización federal. Un mínimo de 30 días y un máximo de 180 deberán transcurrir entre la fecha en que firmó el formulario y la fecha de la cirugía). • orientación genética <p>El plan pagará también algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe usar un proveedor de la red del plan para recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento para condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye maneras artificiales de embarazarse). • tratamiento del SIDA y otras afecciones médicas relacionadas con el VIH • pruebas genéticas <p><i>*Algunos servicios de planificación familiar, como las pruebas genéticas, requieren autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>
--	--	-------------

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios grupales de cuidado prenatal</p> <p>El plan pagará servicios grupales de cuidado prenatal si tiene un embarazo de bajo riesgo que no requiere un seguimiento individual. Se le educará en temas de salud, como la preparación para el nacimiento, nutrición y ejercicio, gestión del estrés, lactancia materna, maternidad y anticonceptivos. Las sesiones grupales las facilitará un proveedor de atención cualificado e incluye a otras mujeres en etapas de gestación similares.</p> <p>El plan podría cubrir hasta 12 sesiones grupales en persona por embarazo además de la visita de maternidad profesional individual requerida, si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sesión grupal se realiza además de la visita de evaluación física prenatal individual, pero no la sustituye. • La sesión grupal dura al menos 60 minutos • El tiempo dedicado a la sesión grupal se registra <p>Una de las 12 sesiones grupales podría estar relacionada con la visita profesional posparto.</p>	\$0
	<p>Beneficio de actividad física (fitness)</p> <p>SilverSneakers® es un beneficio de la salud física sin cargo que incluye el acceso a los centros de actividad física, recursos de bienestar en línea y clases de SilverSneakers®.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Son programas centrados en enfermedades y diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los miembros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de nutrición médica si tiene diabetes o enfermedad renal • Servicios de educación para enfermedades renales • Educación sobre diabetes si padece esta enfermedad • Asesoramiento para dejar de fumar y de usar tabaco • Asesoramiento por abuso de alcohol • Exámenes para la detección de la depresión • Exámenes médicos y asesoramiento para personas con obesidad • Un visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare” • Una Visita de rutina anual 	\$0
	<p>Servicios para la audición</p> <p>El plan paga las 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 calificado.</p> <p>Para adultos mayores de 21 años, el plan paga por una evaluación y colocación de un audífono dos veces al año y paga por un audífono una vez cada cinco años. Se necesitan una referencia médica y una autorización.</p> <p>El beneficio se limita a los audífonos avanzados de TruHearing, que vienen en diferentes estilos y colores. 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"> -2 ajustes de audífonos cada tres años - Visitas de seguimiento con el proveedor durante el primer año - Un periodo de prueba de 60 días <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0*

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de audición (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una garantía extendida de 3 años - 80 baterías por audífono para modelos no recargables <p>Derivación requerida para el ajuste/evaluación</p> <p>El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moldes de oído - Accesorios para audífonos - Visitas adicionales al proveedor - Baterías adicionales, baterías cuando se compra un audífono recargable - Audífonos que no sean de la marca TruHearing - Costos asociados a las reclamaciones de garantía por pérdida o daño <p>Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p> <p>Se necesitan una referencia médica y una autorización.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	
	<p>Prueba de detección del VIH</p> <p>El plan paga por una prueba de detección del VIH cada 12 meses a las siguientes personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • quienes soliciten una prueba de VIH, o • quienes tengan un alto riesgo de infección con VIH. <p>Para las mujeres embarazadas, el plan paga por hasta tres pruebas de VIH durante el embarazo.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<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.</p> <p>El plan pagará 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 combinado debe ser de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos e insumos médicos • ayudante de salud a domicilio cuando se ofrece con un servicio de enfermería <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia intravenosa a domicilio</p> <p>El plan pagará 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>El 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 de terapia de infusión en el hogar calificado 	\$0
<p>Atención para enfermos terminales</p> <p>Tiene derecho a elegir 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. El plan debe encontrarle un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención para enfermos terminales (continuación)</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras esté recibiendo los servicios de atención para enfermos terminales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • atención de relevo a corto plazo • atención domiciliaria <p>Los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección E de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care Plus sin cobertura de la Parte A o B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AmeriHealth Caritas VIP Care Plus pagará los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus:</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. Consulte el Capítulo 5, Sección E, para obtener más información al respecto. <p>Nota: Si necesita atención que no sea para enfermos terminales, deberá llamar a su coordinador de cuidados para pedir ese servicio. La atención que no es para enfermos terminales es la que no está relacionada con su pronóstico terminal. Llame a su coordinador de cuidados o a Servicios al Miembro al 1-888-667-0318 (TTY 711). El coordinador de cuidados está disponible de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; los Servicios al Miembro están disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.</p>	

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	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>Vacunas</p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacuna contra la neumonía • aplicaciones contra la gripe/influenza (o vacunas), una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con aplicaciones adicionales (o vacunas) contra la gripe si son médicamente necesarias • vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer la enfermedad • vacuna contra el COVID-19 • otras vacunas si usted está en riesgo y cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare o Michigan Medicaid <p>El plan pagará otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6, Sección D, para obtener más información.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
<p>Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un centro especializado de enfermería (SNF)</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería habituales • costos de las unidades de cuidados especiales (como la unidad de cuidados intensivos o unidad coronaria) • medicamentos y fármacos • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • insumos médicos y quirúrgicos que sean necesarios <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 por admisión*</p> <p>Deberá obtener aprobación del plan para seguir recibiendo atención médica hospitalaria en un hospital fuera de la red una vez que su urgencia esté bajo control.</p>	

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un centro especializado de enfermería (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de sala de operaciones y de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes hospitalizados • sangre, incluido su almacenamiento y administración <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan pagará por sangre y concentrado de eritrocitos comenzando con la primera pinta de sangre que necesite. ○ El plan pagará por todas las otras partes de sangre comenzando con la primera pinta utilizada. • servicios de médico: • 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>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga uno.</p> <p>Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. 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 AmeriHealth Caritas VIP Care Plus brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del área de servicios para su comunidad, y usted decide recibir el trasplante allí, nos ocuparemos o pagaremos los costos del viaje y alojamiento para usted y otra persona.</p> <p><i>Se necesita autorización previa.</i></p>	

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los Servicios de salud conductual especiales los proporcionan los Planes de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHPs) o los Proveedores de Servicios de Salud Mental Comunitarios (CMHSPs) regionales. Esto incluye los servicios ambulatorios en hospitales psiquiátricos.</p> <p>Si vive en Macomb o el Condado de Wayne, el plan le derivará al PIHP para este servicio.</p> <p>Consulte la Sección E de este capítulo para obtener más información.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p> <p><i>El Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados debe aprobar la admisión para los servicios de atención de salud conductual para pacientes hospitalizados.</i></p>	\$0 por admisión*

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.





Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios e insumos para tratar enfermedades renales</p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar acerca del cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. <ul style="list-style-type: none"> ○ Debe estar en la etapa IV de una enfermedad renal crónica y su médico deberá darle una referencia médica. ○ El plan pagará hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales. • tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, Sección D, página 5, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. • tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado para recibir atención especial) • capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • 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, ayuden en casos de urgencia y revisen su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>Su beneficio de farmacia de la Parte B de Medicare pagará ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos bajo receta de la Parte B de Medicare” en este cuadro.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan cubrirá pruebas de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses en estos casos:</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 calificado, y • ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Luego de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
	<p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal pero que no reciben diálisis. También es para luego de un trasplante de riñón cuando su médico lo prescribe.</p> <p>El plan pagará tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage o Medicare). Después de eso, nosotros pagamos 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. Un médico deberá indicar estos servicios y renovar la orden cada año si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. AmeriHealth Caritas VIP Care Plus pagará por los siguientes medicamentos:</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 recibe servicios de un médico 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 el 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 en el momento del trasplante cubierto y la Parte B al recibir los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los hubiera cubierto si estuviera inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Se pagarán 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 mismo <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0*</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos bajo receta 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 terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre • medicamentos calcimiméticos 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 cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis: <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos bajo receta 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 padece una ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen[®], Procrit[®], Retacrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®], Darbepoetina Alfa, Mircerao Methoxy polyethylene glycol-epotina 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 según nuestros beneficios de farmacia de la Parte B y Parte D de Medicare.</p> <p>En el capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos bajo receta para pacientes ambulatorios. Se explican las normas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos bajo receta.</p> <p>En el Capítulo 6 se explica lo que pagará por sus medicamentos bajo receta como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa para la quimioterapia, radiación y otros medicamentos de la Parte B.</i></p>	

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte médico que no sea de urgencia</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 urgencia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • camioneta equipada para sillas de ruedas • automóvil de servicio • taxi <p>El transporte médico de ida y vuelta para casos que no sean de urgencia (NEMT) está cubierto y es ilimitado para cualquier destino relacionado con la salud. Los tipos de transporte que no son de urgencia incluyen: Camioneta equipada para sillas de ruedas, automóvil de servicio, taxi</p> <p>Los viajes deben ser programados con un mínimo de 24 horas de antelación, excepto en circunstancias especiales.</p> <p><i>*Todos los servicios que no sean de emergencia requieren autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>
<p>Atención en un centro de enfermería</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una habitación semiprivada o privada, si es médicamente necesaria • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que usted reciba como parte de su plan de atención, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea • insumos médicos y quirúrgicos que brindan los centros de enfermería <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>*Cuando sus ingresos superan una cantidad permitida, debe ayudar a pagar el costo de su atención en el centro de enfermería. Esta contribución, conocida como la cantidad correspondiente al paciente (PPA), es necesaria si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que no le corresponda pagar todos los meses.</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Atención en un centro de enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes de laboratorio que brindan los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios radiológicos que brindan los centros de enfermería • dispositivos de asistencia, como sillas de ruedas, que normalmente brindan los centros de enfermería • servicios de un médico o proveedor <p>Generalmente usted recibirá su atención de centros médicos de la red. Sin embargo, es posible que usted reciba atención en un centro médico 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 la 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 viva su cónyuge o pareja al momento de calificar para recibir atención en un centro de enfermería • el hogar de ancianos donde vivía cuando se inscribió en AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. <p>Este servicio está destinado a ser cuidado de custodia a largo plazo y no se superpone a la atención de un centro especializado de enfermería.</p> <p>Debe cumplir con los estándares de nivel de cuidado para centros de enfermería de Michigan Medicaid.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>La responsabilidad de pago del paciente no aplica a los días en un centro de enfermería cubiertos por Medicare.</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Línea directa de enfermeros (tecnologías de acceso remoto)</p> <p>La Línea de enfermeros es un servicio disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los siete días de la semana. Este servicio está diseñado para que los miembros hagan consultas relacionadas con la salud y obtengan recomendaciones sobre el nivel apropiado de cuidado.</p>	\$0
	<p>Pruebas de evaluación y tratamiento de la obesidad para mantener un peso adecuado</p> <p>Si su índice de masa corporal es de 30 o más, el plan pagará 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>El plan pagará por los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opiáceos (OUD):</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, administrar y dárselos. • coordinador de trastornos de consumo de sustancias. • terapia individual y grupal • pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas) 	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Exámenes de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos como paciente ambulatorio</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • terapia de radiación (radio e isótopos) incluidos materiales e insumos del técnico • insumos quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocaciones • análisis de laboratorio • sangre, comenzando con la primera pinta de sangre que necesite, incluyendo almacenamiento y administración. • otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia médica para los servicios sanguíneos ambulatorios. El deducible de tres pintas se exime.</p> <p><i>*Los procedimientos de diagnóstico y los servicios de laboratorio y los servicios sanguíneos ambulatorios requieren autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan paga los servicios médicamente necesarios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios en una sala de urgencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de cirugía u observación <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como "paciente hospitalizado". ○ A veces puede estar en el hospital de un día para otro y aun así ser un "paciente ambulatorio". ○ Puede obtener más información sobre cómo ser un paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101 • análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital • atención de salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado 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><i>*Los servicios hospitalarios ambulatorios requieren autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p><i>*Algunos servicios de laboratorio especializados requieren autorización. La mayoría de los servicios de laboratorio no requieren autorización previa.</i></p> <p><i>*No todos los servicios ambulatorios de diagnóstico, terapia o radiología y radiografía requerirán autorización previa.</i></p> <p>Su proveedor deberá llamar a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus para confirmar si su servicio de laboratorio o prueba requiere una autorización previa.</p>	

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará servicios de salud mental prestados por alguno de los siguientes profesionales con licencia estatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psiquiatra o médico, • psicólogo clínico, • trabajador social clínico, • especialista en enfermería clínica, • un consejero profesional habilitado (LPC), • un terapeuta de matrimonio y familiar habilitado (LMFT), • enfermero profesional (NP), • auxiliar médico, o • cualquier otro profesional de la salud mental certificado por Medicare o Michigan Medicaid, según lo permitan las leyes vigentes del estado. <p>Los Servicios de salud del comportamiento especiales los proporcionan los Planes de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHPs) regionales o los Proveedores de Servicios de Salud Mental Comunitarios (CMHSPs). Esto incluye atención médica mental para pacientes ambulatorios.</p> <p>Si vive en Macomb o el Condado de Wayne, el plan le derivará al PIHP para este servicio.</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos • tratamiento de día • servicios de rehabilitación psicosocial <p><i>*Se requiere autorización previa</i></p> <p><i>El Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP) debe aprobar la admisión para servicios con especialistas de la salud mental, que no sean médicos.</i></p>	<p>\$0*</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio</p> <p>El plan pagará fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. 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
	<p>Servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los Servicios de salud del comportamiento especiales los proporcionan los Planes de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHPs) regionales o los Proveedores de Servicios de Salud Mental Comunitarios (CMHSPs). Esto incluye servicios ambulatorios intensivos para trastornos por consumo de sustancias.</p> <p>Si vive en Macomb o el Condado de Wayne, el plan le derivará al PIHP para este servicio.</p> <p>Consulte la Sección E de este capítulo para obtener más información.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa. Esto incluye sesiones individuales y grupales.</i></p>	\$0*
	<p>Cirugía ambulatoria</p> <p>El plan pagará la cirugía ambulatoria y los servicios en un centro médico para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p> <p><i>*Los servicios en centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios requieren autorización previa.</i></p>	\$0*

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerithealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
F	<p>Artículos de venta libre</p> <p>Se puede gastar hasta \$75 por trimestre en artículos de venta libre incluidos en el catálogo OTC y/o el portal de órdenes en línea. Los miembros pueden pedir hasta seis productos por categoría por trimestre. No hay límite en el total de artículos de su pedido. El catálogo de OTC y los pedidos del portal en línea están limitados a tres pedidos por trimestre.</p> <p>Pueden aplicarse límites adicionales a algunos artículos. Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada trimestre o al darse de baja del plan.</p> <p>La cobertura de Naloxone está incluida.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental. Es más intensivo que la atención brindada en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta de matrimonio y familiar habilitado (LMFT) o consejero profesional habilitado. 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 conductual (mental) brindado como servicio ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT, o consejero profesional habilitado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Este plan pagará los servicios de salud conductual especiales de Medicaid (los cuales incluyen servicios de hospitalización parcial):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de salud conductual especiales de Medicaid los proporcionan: <ul style="list-style-type: none"> ○ los Planes de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHPs) o ○ los Proveedores de Servicios de Salud Mental Comunitarios (CMHSPs) • Si vive en los condados de Macomb o Wayne, el plan le derivará al PIHP para este servicio. • Consulte la Sección E de este capítulo para obtener más información. <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p> <p><i>El Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP) debe aprobar la admisión para los servicios de hospitalización parcial.</i></p>	<p>\$0*</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de cuidado personal</p> <p>El plan pagará por la ayuda física que necesita para mantenerse en su hogar durante el tiempo que sea 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>El plan debe autorizar los servicios de cuidado personal de acuerdo con su plan de atención.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
	<p>Sistema de respuesta ante una urgencia personal</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><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios, en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> ○ el consultorio del médico ○ un centro quirúrgico certificado para pacientes ambulatorios ○ un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital • consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico los ordena para evaluar si necesita tratamiento • algunos servicios de telesalud, incluyendo visitas al PCP o un especialista <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de recibir estos servicios por medio de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por medio de asistencia telefónica, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca telesalud o puede usar el beneficio de MDLive. MDLive ofrece acceso permanente 24/7 a un médico participante por vía telefónica o a través de una computadora o dispositivo móvil. Con MDLive, puede tener una consulta inmediatamente con un médico o programar una cita de telemedicina para luego. • servicios de telesalud para visitas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros con diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital u hospital de acceso crítico, o en la casa del miembro • servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0*</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente • servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de enfermedades de salud mental, con estas condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telemedicina ○ tiene una consulta en persona dentro de los 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina ○ pueden producirse excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • los 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 de consultorio en los últimos 7 días, y ○ el chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más rápida disponible • evaluación de un video o imágenes que usted le envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte del médico dentro de las 24 horas en estos 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 <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más rápida disponible ● consulta que su médico hace 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 cirugía ● Atención dental no rutinaria. Los servicios cubiertos están limitados a: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, ○ reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, ○ extracción de dientes antes de tratamientos de radiación para cáncer neoplásico, ○ ○ servicios que estarían cubiertos cuando son provistos por un médico. <p><i>*Los servicios hospitalarios ambulatorios requieren autorización previa.</i></p>	
<p>Servicios de podología</p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</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) ● cuidado de rutina de los pies para miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes 	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres a partir de los 50 años, el plan pagará 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 ortésicos e insumos relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan todo o una parte de un miembro o una función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prueba, ajuste o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos • bolsas de colostomía e insumos relacionados con el cuidado de una colostomía • marcapasos • aparatos ortopédicos • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía). <p>Además, el plan pagará algunos insumos relacionados con los dispositivos protésicos y ortésicos. El plan también pagará la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortésicos.</p> <p>El plan ofrece cobertura parcial después de una eliminación o cirugía de cataratas. Consulte "Cuidado de la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p> <p>El plan no pagará por dispositivos dentales protésicos, excepto en el caso de dentaduras postizas completas o parciales (consulte "Servicios dentales").</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan pagará programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy severa. El miembro deberá tener una orden del médico o proveedor que trata la EPOC para la rehabilitación pulmonar.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
	<p>Pruebas de detección y asesoramiento para tratar infecciones de transmisión sexual (ITS)</p> <p>El plan pagará pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas estarán cubiertas para mujeres embarazadas y algunas personas que tengan mayor riesgo de tener una ITS. Un proveedor de atención primaria deberá ordenar los exámenes. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>El plan también pagará hasta dos sesiones intensivas de asesoramiento de conducta, en persona, una vez al año, para adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión varía de 20 a 30 minutos de duración. El plan pagará estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si un proveedor de atención primaria las brinda. Las sesiones deben realizarse en un ámbito de atención primaria, como en el consultorio de un médico.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro especializado de enfermería (SNF)</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una habitación semiprivada o privada, si es médicamente necesaria • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que usted reciba como parte de su plan de atención, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea • sangre, incluyendo su almacenamiento y administración: <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan pagará por sangre y concentrado de eritrocitos comenzando con la primera pinta de sangre que necesite. ○ El plan pagará por todas las otras partes de sangre comenzando con la primera pinta utilizada. • insumos médicos y quirúrgicos que brindan los centros de enfermería • exámenes de laboratorio que brindan los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios radiológicos que brindan los centros de enfermería • dispositivos de asistencia, como sillas de ruedas, que normalmente brindan los centros de enfermería • servicios de un médico o proveedor <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 por admisión*</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro especializado de enfermería (SNF) (continuación)</p> <p>No es necesaria una admisión hospitalaria para recibir atención en un SNF.</p> <p>Generalmente usted recibirá su atención de centros médicos de la red. Sin embargo, es posible que usted reciba atención en un centro médico 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 la 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 viva su cónyuge o pareja doméstica al momento de dejar el hospital <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	
<p>Estipendio 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"> • recibe servicios de cuidado personal, y • 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. <p>Su plan de servicio debe documentar que el animal de servicio se usará principalmente para cubrir sus necesidades de cuidado personal.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>El plan pagará por la terapia supervisada de ejercicios a miembros con arteriopatía periférica (AP) sintomática que tengan con la referencia médica correspondiente del médico responsable del tratamiento. El plan cubre lo siguiente:</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 médico 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 para AP en miembros con calambres en las piernas debido a un mal flujo de sangre (claudicación) • en un entorno ambulatorio o en el consultorio de un médico • ofrecido por personal calificado que se asegure de que los beneficios superen el dolor y que esté capacitado en terapias de ejercicio para AP • 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>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de Administración de casos dirigida (TCM)</p> <p>El plan pagará los servicios de TCM para los miembros que tienen necesidades de atención de salud física o conductual crónicas o complejas; y hubiera estado preso recientemente o residiera de forma involuntaria en una prisión o cárcel del condado.</p> <p>Los servicios de TCM asisten a los miembros para obtener acceso a servicios médicos, educativos, sociales y/u otros servicios adecuados. Los servicios de TCM incluyen evaluaciones, actividades de planificación, vinculación, defensa, atención, coordinación, derivación y seguimiento (p. ej.: educación y apoyos).</p>	\$0
	<p>Servicios de telesalud con MDLive</p> <p>MDLIVE ofrece a todos los miembros acceso las 24 horas al día, los siete días a la semana durante todo el año a un médico de la red a través del teléfono, la computadora o el dispositivo móvil. Los miembros pueden tener una consulta con un médico de manera inmediata. Los miembros también pueden coordinar una consulta de telemedicina para más adelante.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención médica urgente trata lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un caso que no sea una urgencia, o • una enfermedad médica repentina, o • una lesión, o • una condición que necesita atención inmediata. <p>Si necesita atención médica urgente, deberá tratar de conseguirla primero de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar nuestros proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red por cuestiones de tiempo, lugar u otras circunstancias si no es posible o no es razonable obtener los servicios de los proveedores de nuestra red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicos inmediatos por un problema repentino que no es una emergencia médica).</p> <p>Los servicios de atención médica urgente solo tendrán cobertura si se reciben dentro de EE. UU. y sus territorios.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Cuidado de la vista</p> <p>Los exámenes de rutina de la vista se cubren 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>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 pagará servicios de un médico para pacientes ambulatorios por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Esto incluye, por ejemplo, exámenes anuales de la visión para detectar la retinopatía diabética en pacientes con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con un alto riesgo de glaucoma, el plan pagará un examen por año. Las personas con alto riesgo incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con un antecedente familiar de glaucoma, • personas con diabetes, • personas afroamericanas de 50 años y más, y • hispanoamericanos de 65 años o más. <p>El plan pagará un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (si tiene dos cirugías de cataratas por separado, deberá recibir un par de anteojos después de cada cirugía. No podrá recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía).</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento de servicios preventivos que necesite (incluidas pruebas de detección e inyecciones), y • referencias médicas para otro tipo de atención si lo necesita. <p>Nota: Cubriremos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS) que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<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 criterios. Este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brinda atención personal, y • promueve el bienestar social, físico y emocional <p>Si no es un participante de la exención, puede recibir beneficios de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus si son médicamente necesarios</p> <p>Los servicios se brindan en forma regular durante cuatro o más horas diarias, uno o más días por semana o según se especifique en el plan de atención médica, en un entorno no institucional y comunitario, y abarcan los servicios médicos y sociales necesarios para garantizar el desempeño óptimo del miembro.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana. de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS) que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<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 criterios. 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 <p>Si no es un participante de la exención, puede recibir ciertos beneficios de exención de HCBS a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus si son médicamente necesarios.</p> <p>Se limita a una cobertura de \$5,000 anuales. Tecnología asistencial limitada (p. ej.: controles remotos, sistema de voz computerizada, teclados de comunicaciones, cierres activados por voz, mecanismos de puertas eléctricos).</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
<p>Tecnología asistencial de montacargas y dispositivos de seguridad</p> <p>Tecnología asistencial de montacargas y dispositivos de seguridad Máximo de \$15,000 para la duración de la demostración</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS) que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de mantenimiento doméstico</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 desechables que se usen para completar los quehaceres domésticos.</p> <p>Si no es un participante de la exención, puede recibir ciertos beneficios de exención de HCBS a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus si son médicamente necesarios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>
<p>Modificaciones ambientales</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 <p>Si no es un participante de la exención, puede recibir ciertos beneficios de exención de HCBS a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus si son médicamente necesarios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS) que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Ayudas extendidas para la vida en la comunidad</p> <p>Para recibir este servicio, es necesario que necesite ayuda con avisos, indicaciones, observaciones, orientación, enseñanza 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> <p>Si no es un participante de la exención, puede recibir ciertos beneficios de exención de HCBS a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus si son médicamente necesarios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></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> <p>Si no es un participante de la exención, puede recibir ciertos beneficios de exención de HCBS a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus si son médicamente necesarios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerhealthcaritasvipcareplus.com.



Exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS) que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<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> <p>Si no es un participante de la exención, puede recibir ciertos beneficios de exención de HCBS a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus si son médicamente necesarios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
<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> <p>Si no es un participante de la exención, puede recibir ciertos beneficios de exención de HCBS a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus si son médicamente necesarios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></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 calificar, debe necesitar que observen y evalúen la integridad de su piel, niveles 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> <p>Si no es un participante de la exención, puede recibir ciertos beneficios de exención de HCBS a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus si son médicamente necesarios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com.



Exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (HCBS) que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<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 calificar para este servicio.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</p> <p>Si no es un participante de la exención, puede recibir ciertos beneficios de exención de HCBS a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus si son médicamente necesarios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></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> <p>Los cuidados de apoyo generales están limitados a 336 horas por cada periodo de 365 días, a menos que AmeriHealth Caritas VIP Care Plus apruebe tiempo adicional.</p> <p>Si no es un participante de la exención, puede recibir ciertos beneficios de exención de cuidados de apoyo de HCBS a través de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus si son médicamente necesarios.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



E. Beneficios cubiertos fuera de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus

Los siguientes servicios no están cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, pero están disponibles a través de Medicare o Michigan Medicaid.

E1. Atención para enfermos terminales

Tiene derecho a elegir 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. El plan debe encontrarle un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte el Cuadro de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que pagará AmeriHealth Caritas VIP Care Plus mientras usted está recibiendo los servicios de atención para enfermos terminales.

Para los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal:

- El proveedor de atención para enfermos terminales facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios de atención para enfermos terminales relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y no se relacionan con su pronóstico terminal:

- El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o B. Usted no debe pagar nada por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus:

- 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, Sección F. No paga nada por estos medicamentos.

Para servicios cubiertos por Michigan Medicaid:

- El proveedor facturará a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus por sus servicios. AmeriHealth Caritas VIP Care Plus pagará por los servicios cubiertos por Michigan Medicaid. Usted no pagará nada por estos servicios.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



Nota: Si necesita atención que no sea para enfermos terminales, deberá llamar a su coordinador de cuidados para pedir ese servicio. La atención que no es para enfermos terminales es la que no está relacionada con su pronóstico terminal. Llame a su coordinador de cuidados o a Servicios al Miembro al 1-888-667-0318 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

E2. Servicios cubiertos por el plan o el Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP)

Los siguientes servicios son de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, pero están disponibles a través del Plan de Salud Prepago para Pacientes Hospitalizados (PIHP) y su red de proveedores.

Servicios de atención de salud conductual para pacientes hospitalizados

- El plan pagará servicios de atención médica conductual que requieran una admisión hospitalaria.

Servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios

- Pagaremos por servicios de tratamiento que se proporcionan en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital si usted, por ejemplo, fue dado de alta después de una hospitalización para el tratamiento por abuso de drogas o si necesita tratamiento pero no requiere el nivel de servicios provistos en el entorno del hospital para pacientes hospitalizados. Consulte la cobertura para los servicios del programa de tratamiento por uso de opioides (OTP) en el Cuadro de beneficios en la Sección D.

Servicios de hospitalización parcial

- La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que el cuidado que usted recibiría en el consultorio de su médico o de su terapeuta. Puede evitar que tenga que permanecer en el hospital.

Si está recibiendo servicios a través del PIHP, consulte el Manual del Miembro del PIHP que viene por separado para tener más información y trabaje con su coordinador de cuidados para obtener servicios provistos a través del PIHP.

F. Beneficios no cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, Medicare ni Michigan Medicaid

Esta sección indica los tipos de beneficios que están excluidos del plan. Excluidos significa que el plan no paga por estos beneficios. Medicare y Michigan Medicaid tampoco pagarán por ellos.

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

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com**.



El plan no pagará los beneficios médicos excluidos mencionados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del Miembro*), excepto en las condiciones específicas enumeradas. Aunque si recibes los servicios en un centro de urgencias, el plan no pagará los servicios. Si considera que debemos pagarle por un servicio que no está cubierto, puede apelar. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.

Además de cualquier limitación o exclusión descrita en el Cuadro de beneficios, **los siguientes elementos y servicios no están cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Michigan Medicaid:**

- Los servicios considerados como no "razonables ni necesarios" según las normas de Medicare y Michigan Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección K, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos 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 o centro de enfermería, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Enfermería privada, excepto para aquellas personas que califiquen para recibir este servicio de exención.
- Artículos personales en su habitación en el hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o una televisión.
- Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida 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, el plan pagará por la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para que tengan el mismo aspecto.
- Atención quiropráctica independientemente de la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las guías de cobertura de Medicare

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com**.



- Servicios de podología de rutina, excepto para la cobertura limitada que se brinda con base en las guías de Medicare.
- 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.
- Exámenes regulares de audición.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK. Sin embargo, el plan pagará anteojos después de una cirugía de cataratas.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministro de anticonceptivos sin receta.
- Servicios naturopáticos (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios que no sean de urgencia brindados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (VA).

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihhealthcaritasvipcareplus.com**.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos bajo receta a través del plan como paciente ambulatorio

Introducción

Este capítulo explica las normas para obtener sus medicamentos bajo receta 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 bajo la Parte D de Medicare y Michigan Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus también cubre los siguientes medicamentos, aunque no serán mencionados en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que le dan mientras está 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 una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que recibe en una clínica de diálisis. Para conocer más sobre qué medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Normas para la cobertura de farmacia de pacientes ambulatorios del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga las normas de esta sección.

1. Debe contar con un médico u otro proveedor que le escriba su receta, que debe ser válida según las leyes vigentes del estado. Muchas veces esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También puede ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo refirió para que lo atendieran.
2. El profesional que le recete no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
3. Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. O puede completar la receta médica a través del servicio de pedido por correo del plan.
4. Su medicamento bajo receta debe estar incluido en el *Listado de medicamentos cubiertos* del plan. Lo llamamos “*Listado de medicamentos*” para abreviar. Consulte la sección B de este capítulo.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- Si no está en el *Listado de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo si hacemos una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9, Sección F4, para saber cómo pedir una excepción.
5. El medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Esto quiere decir que su uso está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o está respaldado por determinados libros de referencia. Algunos medicamentos y artículos en el *Listado de medicamentos cubiertos* deben ser cubiertos por Michigan Medicaid mientras que otros se excluyen específicamente. En el caso de los artículos cubiertos, el estado los aprobó porque tenían indicaciones aceptadas médicamente, mientras que los excluidos no.
 6. Es posible que su medicamento requiera aprobación para que podamos cubrirlo. Consulte la Sección C.



Índice

A. Cómo hacer que le surtan sus recetas médicas	5
A1. Cómo surtir su 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 quiere cambiar a otra farmacia de la red.....	5
A4. Qué hacer si su farmacia deja el plan.....	5
A5. Cómo usar una farmacia especializada.....	6
A6. Cómo usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	6
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	9
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan	9
A9. Reintegro de pago por un medicamento bajo receta.....	10
B. Listado de medicamentos del plan.....	10
B1. Medicamentos en el <i>Listado de medicamentos</i>	10
B2. Cómo encontrar un medicamento en el <i>Listado de medicamentos</i>	11
B3. Medicamentos que no están en el Listado de medicamentos	11
B4. Niveles del <i>Listado de medicamentos</i>	13
C. Límites en algunos medicamentos.....	13
D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto.....	15
D1. Cómo conseguir un suministro temporal	15
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	18
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	20
F1. Si está en un hospital o centro especializado de enfermería por una admisión hospitalaria que está cubierta por el plan.....	20
F2. Si está en un centro médico de cuidado a largo plazo	21

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



F3. Si está en un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare..... 21

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos..... 22

G1. Programas para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos de manera segura 22

G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos..... 22

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos 23



A. Cómo hacer que le surtan sus recetas médicas

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará por recetas **solo** si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de nuestras farmacias de la red.

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

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

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le cobrará al plan su medicamento bajo receta cubierto.

Si no lleva su tarjeta de ID de miembro consigo cuando completa su receta, solicite a la farmacia que llame al plan para acceder a la información necesaria, o puede solicitar a la farmacia que busque la información de su inscripción en el plan,.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento bajo receta cuando vaya a buscarlo. Puede pedirnos que le devolvamos lo que haya pagado después. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicios al Miembro. Haremos lo posible para ayudarlo.

- Para saber cómo pedirnos que le devolvamos lo que pagó, consulte el Capítulo 7, Sección B.
- Si necesita ayuda para que le surtan un medicamento bajo receta, comuníquese con su coordinador de cuidados o Servicios al Miembro.

A3. Qué hacer si quiere cambiar 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 su coordinador de cuidados o Servicios al Miembro.

A4. Qué hacer si su farmacia deja el plan

Si la farmacia que usa se retira de la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red.

Para obtener información sobre la red de farmacias de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus en su área, puede revisar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o llamar a

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Servicios al Miembros. Su coordinador de cuidados también puede ayudarlo a encontrar una farmacia nueva.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia intravenosa en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro médico de cuidado a largo plazo, como un hogar de ancianos.
 - Generalmente, los centros médicos de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro médico de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos 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 acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, llame a Servicios al Miembro.
- Farmacias que sirven al Programa de Salud para Nativos Americanos Tribales o Urbanos. Excepto en casos de urgencia, solo los nativos americanos y los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están 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 su coordinador de cuidados o Servicios al Miembro.

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

Puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. Generalmente, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma regularmente para una condición médica crónica o a largo plazo:

El servicio de pedido por correo del plan le permite ordenar un suministro de *al menos* 61 días del medicamento y de 100 días *como máximo*. Un suministro para 61-100 días no tiene copago.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



¿Cómo surto mis recetas 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 usa una farmacia para pedidos por correo que no está en la red del plan, su receta médica no se cubrirá.

Generalmente, una receta pedida por correo le llegará a más tardar en 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo se puede demorar. Si experimenta retrasos, póngase en contacto con AllianceRx Walgreens Prime en el **1-800-345-1985 (TTY 711)**, 24 horas al día, siete días a la semana.

Si usted necesita sus medicamentos de forma urgente y no puede esperar 10 días hábiles para recibir el pedido, comuníquese con el Centro de atención al cliente de AllianceRx Walgreens Prime al **1-800-345-1985 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana, para evitar una interrupción del tratamiento con la medicación.

- Cuando llame a AllianceRx Walgreens Prime para hacer una solicitud 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 de Atención al Cliente de AllianceRx Walgreens Prime que tiene menos de 10 días de suministro de medicación y que necesita un pedido acelerado (entrega rápida). El representante del Centro de Atención al Cliente hablará de las opciones disponibles con usted.
- Haga saber al representante esta información:
 - Su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, nombres de los medicamentos, las dosis, 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.
- Un pedido rápido puede demorar de 1 a 3 días. El método de envío depende de cuánta medicación le quede y cuándo se comunicó con el Centro de Atención al Cliente de AllianceRx Walgreens Prime. Para recibir los medicamentos al día siguiente, deberá comunicarse con AllianceRx Walgreens Prime antes de las 2:00 p. m., hora estándar de las Montañas, de lunes a viernes.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- AllianceRx Walgreens Prime puede necesitar 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.
- AllianceRx Walgreens Prime también puede hacer los arreglos necesarios para que pueda obtener un suministro a corto plazo mientras espera su pedido por correo. Pregúntele al representante del Centro de Atención al Cliente de AllianceRx Walgreens Prime sobre cómo conseguir un suministro para el corto plazo.
- Si no recibe su medicación por correo para cuando AllianceRx Walgreens Prime dijo que llegaría, llame a AllianceRx Walgreens Prime 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.

Proceso de los pedidos por correo

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

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surtirá y entregará de manera automática las recetas nuevas que reciba de usted.

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

Después de que la farmacia reciba una receta médica de un proveedor médico, se comunicará con usted para averiguar si desea que el medicamento se surta inmediatamente o en otro momento.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluidas la dosis, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, permitirle detener o retrasar el pedido antes de que lo envíen.
- Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar cualquier demora en el envío.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



3. Recargas de recetas pedidas por correo

Para las recargas, comuníquese con su farmacia 10 días antes de cuando crea que sus medicamentos se habrán acabado para asegurarse de que le envíen el próximo pedido a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de indicarles las mejores maneras de contactarlo. Para que pueda recibir el pedido por correo, la farmacia necesita tener un número de teléfono válido en sus registros. Puede confirmar que su información está actualizada 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 un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede conseguir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que figuran en el *Listado de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de manera regular, para una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red permiten conseguir suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 61-100 días no tiene copago. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le dice qué farmacias le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, podrá usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para conseguir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para aprender sobre los servicios de pedidos por correo.

A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan

Generalmente, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no pueda usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde le pueden surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. En estas situaciones, verifique primero con Servicios al Miembro para ver si hay una farmacia de la red cerca de usted.

Pagaremos las recetas surtidas en una farmacia 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 de manera regular y puntual dentro de nuestras áreas de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable que presten servicio las 24 horas del día.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- Si está intentando surtir una receta médica que no está disponible con frecuencia en una farmacia minorista o por pedido por correo (incluidos los medicamentos de alto costo y exclusivos).
- Si se trata de uno de los medicamentos que pueden estar cubiertos en el consultorio del médico.
- Cuando el gobierno declara un desastre o estado de emergencia federal, permitimos el acceso a establecimientos fuera de la red para evitar la interrupción del servicio.

A9. Reintegro de pago por un medicamento bajo receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total cuando vaya a recibir sus medicamentos. Puede pedirnos el reembolso.

Para saber más al respecto, consulte el Capítulo 7, , Sección A.

B. Listado de medicamentos del plan

El plan tiene un *Listado de medicamentos* cubiertos. Lo llamamos “*Listado de medicamentos*” para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos para el *Listado de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. El *Listado de medicamentos* también indica si hay normas que usted debe seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubriremos un medicamento del *Listado de medicamentos* del plan siempre y cuando siga las normas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos en el *Listado de medicamentos*

El *Listado de medicamentos* incluye aquellos cubiertos bajo la Parte D de Medicare y algunos bajo receta y de venta libre, así como también artículos cubiertos por sus beneficios de Michigan Medicaid.

El *Listado de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. En el *Listado de medicamentos*, cuando hacemos referencia a “medicamentos”, esto podría hacer referencia a un medicamento o un producto biológico, como vacunas o insulina.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



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

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

Nuestro plan también cubre ciertos 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.

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 el *Listado de medicamentos*

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

- Revise el *Listado de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en www.amerhealthcaritasvipcareplus.com. El *Listado de medicamentos* en el sitio web siempre está actualizado.
- Llame a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento está en el *Listado de medicamentos* del plan o para pedir una copia del listado.
- Use nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en www.amerhealthcaritasvipcareplus.com o llame a su coordinador de atención o Servicios al Miembro. Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en el Listado de Medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará si hay medicamentos alternativos del Listado de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

B3. Medicamentos que no están en el Listado de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en el Listado de medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento en el *Listado de medicamentos*.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



AmeriHealth Caritas VIP Care Plus no pagará por los medicamentos incluidos en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si le dan una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si considera que, en su caso, deberíamos pagar un medicamento excluido, puede apelar. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F).

Hay tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de farmacia para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D y los medicamentos de Michigan Medicaid) no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por las Partes A o B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care Plus gratuitamente, pero no se consideran parte de sus beneficios de cobertura de farmacia para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias médicas que lo aprueben como tratamiento para su enfermedad. Su médico u otro proveedor podría recetar cierto medicamento para tratar su enfermedad, aunque ese medicamento no haya sido aprobado para tratar la enfermedad. Esto se llama uso no indicado en la etiqueta. Generalmente, nuestro plan no cubre los medicamentos que sean recetados para usos no indicados en la etiqueta.

Asimismo, por ley, las categorías de los medicamentos enumerados a continuación no están cubiertas por Medicare o Michigan Medicaid.

- medicamentos para promover la fertilidad
- medicamentos para aliviar la tos o los síntomas del resfrío
- medicamentos con fines cosméticos o para ayudar al crecimiento del cabello
- medicamentos que se utilicen para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- medicamentos que se utilicen para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- medicamentos para pacientes ambulatorios cuando el fabricante dice que usted tiene que hacerse exámenes u obtener servicios que solo hacen ellos

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



B4. Niveles del *Listado de medicamentos*

Cada medicamento del *Listado de medicamentos* del plan se encuentra en uno de 3 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamento de marca, genérico o de venta libre).

- Los medicamentos del Nivel 1 son los medicamentos genéricos cubiertos por la Parte D.
- Los medicamentos del Nivel 2 son los medicamentos de marca y algunos medicamentos de venta libre cubiertos por la Parte D.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos y productos cubiertos por Michigan Medicaid (que no pertenecen a la Parte D), recetados y de venta libre.

Para saber en qué nivel está su medicamento, busque el medicamento en el *Listado de medicamentos* del plan.

En el Capítulo 6 se indica la cantidad que usted deberá pagar por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites en algunos medicamentos

¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?

Hay normas especiales que limitan la manera y el tiempo en que el plan cubre ciertos medicamentos bajo receta. En general, nuestras normas le recomiendan que reciba un medicamento que funcione para su condición médica, que sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y económico tiene la misma eficacia que un medicamento más caro, el plan espera que su proveedor use el medicamento más económico.

Si hay alguna norma especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrá que dar algunos pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos primero su diagnóstico o brindar los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor considera que nuestra norma no se aplica a su situación, debe pedirnos que hagamos una excepción. Podríamos aceptar o no que use el medicamento sin los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F.

¿Qué tipo de normas hay?

1. **Limitar el uso de un medicamento de marca** o productos biológicos originales **cuando hay disponible respectivamente una versión genérica** o biosimilar intercambiable.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca, o un producto biológico original, las farmacias de nuestra red surtirán respectivamente la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca o producto biológico original si hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho la razón médica por la que ni el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionaría para usted o ha escrito “Sin sustitutos” en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original o nos ha comunicado la razón médica por la que ni el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable ni ningún otro medicamento cubierto que trate la misma enfermedad funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o el médico que receta el medicamento primero deben obtener la aprobación de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus basada en reglas específicas antes de poder surtir su receta. Es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care Plus no cubra los medicamentos si usted no obtiene esta aprobación.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, el plan quiere que pruebe medicamentos más económicos (que muchas veces son tan eficaces como otros medicamentos más costosos) 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 el plan le pida que pruebe primero el Medicamento A.

Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Esto se llama terapia escalonada.

4. Límites de cantidades

Nosotros limitamos la cantidad que podrá obtener de algunos medicamentos. Esto se llama límite de cantidades. Por ejemplo, el plan puede limitar qué cantidad de medicamento podrá recibir cada vez que surta su receta.

¿Algunas de estas normas corresponden a sus medicamentos?

Para averiguar si alguna de estas normas se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, consulte el Listado de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro o revise nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



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

Trataremos de que la cobertura de sus medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, a veces un medicamento podría no estar cubierto de la manera en que usted quisiera. Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por el plan. Tal vez el medicamento no está incluido en el *Listado de medicamentos*. Podría estar cubierta una versión genérica, pero no la versión de marca que quiere tomar. Un medicamento podría ser nuevo, y es posible que no lo hayamos examinado para saber si es seguro y eficaz.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o límites especiales a la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, usted o quien le receta el medicamento pueden pedirnos una excepción a una norma.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que desea.

D1. Cómo conseguir un suministro temporal

En algunos casos, el plan podrá darle un suministro temporal de un medicamento si este no está incluido en el Listado de medicamentos o si tiene algún límite. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo conseguir un medicamento diferente o cómo pedirle al plan que lo cubra.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está incluido en el *Listado de medicamentos* del plan, o
 - nunca estuvo incluido en el *Listado de medicamentos* del plan, o
 - ahora tiene algún tipo de límite.

2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

Para los medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Estuvo en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 180 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal será por hasta 30 días.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- Si su receta es por menos días, permitiremos varias recargas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Deberá surtir su receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden brindar sus medicamentos bajo receta en pequeñas cantidades cada vez para evitar desperdicios.
- Acaba de sumarse al plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su **medicamento durante los primeros 180 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro temporal será por hasta 30 días.
 - Si su receta es por menos días, permitiremos varias recargas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Deberá surtir su receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden brindar sus medicamentos bajo receta en pequeñas cantidades cada vez para evitar desperdicios.
- Ha estado en el plan más de 90 días, vive en un centro médico de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro de 98 días de un medicamento en particular, o menos si su receta médica indica menos días. Esto es además del suministro de transición a largo plazo mencionado arriba.
 - A los miembros actuales que tengan un cambio en el nivel de atención (ámbito) se les permitirá hasta un suministro de transición de 30 días por medicamento por única vez. Por ejemplo, a estos miembros:
 - Ingresan a centros de cuidado a largo plazo (LTC) desde un hospital que les dio el alta junto con una lista de medicamentos del formulario del hospital y una planificación a muy corto plazo (a menudo menos de ocho horas).
 - Reciben el alta del hospital y son enviados a casa.
 - Finalizan su estadía en un centro especializado de enfermería de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y necesitan regresar al formulario del plan de la Parte D.
 - Finalizan su estadía en un centro médico de cuidado a largo plazo y regresan a la comunidad.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



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

Para medicamentos de Michigan Medicaid:

- Acaba de sumarse al plan.
 - Cubriremos un suministro de su medicamento de Michigan Medicaid por hasta 180 días calendario después de su inscripción y no lo terminaremos al finalizar este periodo sin haberle avisado de antemano y sin hacer una transición a otro medicamento, de ser necesario.
 - Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al Miembro.

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

- Puede cambiar de medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para pedir un listado de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. El listado ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle.

○

- Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento incluso si este no está en el *Listado de medicamentos*. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor opina que usted tiene una buena razón médica para pedir una excepción, podrá ayudarlo a pedirla.

- Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año próximo. Usted puede entonces pedirnos que hagamos una excepción para usted y cubramos el medicamento de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto.
- Responderemos a su solicitud de excepción en el plazo de 72 horas tras recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del médico que recetó su medicamento).

Para obtener más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección F3.

Si necesita ayuda para pedir una excepción, puede llamar a su coordinador de cuidados o a Servicios al Miembro.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1.º de enero. Sin embargo, AmeriHealth Caritas VIP Care Plus podría agregar o quitar medicamentos del *Listado de medicamentos* durante el año. También es posible que cambiemos nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

- Decidir si un medicamento requiere o no requiere aprobación previa (AP). (la aprobación previa es el permiso que otorga AmeriHealth Caritas VIP Care Plus antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamado límites de cantidades).
- Agregar o cambiar las restricciones de la terapia escalonada sobre un medicamento (terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre las normas de estos medicamentos, consulte la Sección C descrita antes en este capítulo.

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

- se lance al mercado un medicamento nuevo más barato que funcione tan bien como el medicamento del Listado 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 el *Listado de medicamentos*, siempre puede hacer lo siguiente:

- Revisar el *Listado de medicamentos* actualizado de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus en internet en www.amerihealthcaritasvipcareplus.com o
- Llamar a Servicios al Miembro para consultar el Listado de Medicamentos actualizado al **1-888-667-0318 (TTY 711)**.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



Cambios que podemos realizar al *Listado de medicamentos* que pueden afectarlo durante el año actual del plan

Algunos cambios realizados en el *Listado de medicamentos* se aplican **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Empieza a estar disponible un nuevo medicamento genérico.** A veces, sale al mercado un medicamento genérico o biosimilar nuevo que funciona tan bien como el medicamento de marca que está en el *Listado de medicamentos* en ese momento. Cuando eso ocurre, es posible que quitemos el medicamento de marca y añadamos el medicamento genérico nuevo, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo.

Cuando agregamos un medicamento genérico nuevo, también es posible que mantengamos el medicamento de marca en el listado, 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 cuando suceda.
 - Usted o su proveedor puede pedir una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos a seguir para pedir la excepción. Consulte el Capítulo 9, Sección F de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz el fabricante del medicamento lo retira del mercado, nosotros lo eliminaremos del *Listado de medicamentos*. Si está tomando ese medicamento, le enviaremos una notificación luego de realizar el cambio. Su proveedor también se enterará de este cambio. Contacte con su proveedor que trabajará con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma.

Le avisaremos con anticipación sobre estas modificaciones al *Listado de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir en los siguientes casos:

- La FDA brinda nuevas guías o surgen guías clínicas nuevas sobre un medicamento.

Cuando estos cambios ocurran:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que cambiemos el *Listado de medicamentos*, ○

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- Le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.

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

- Si hay un medicamento similar en el *Listado de medicamentos* con el que pueda reemplazarlo, o
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F4.

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

Podríamos hacer cambios en los medicamentos que toma que no estén descritos arriba y no afecten a los medicamentos que toma ahora. Para estos cambios, si está tomando un medicamento que fue cubierto a **principio** del año, por lo general no quitaremos o cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, entonces el cambio no afectará a su uso del medicamento durante el resto del año.

Si cualquiera de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (excepto por los cambios mencionados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1.º de enero del próximo año.

No le informaremos directamente de estos tipos de cambios directamente durante el año en curso. Deberá consultar el *Listado de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que podrá afectarlo durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si está en un hospital o centro especializado de enfermería por una admisión hospitalaria que está cubierta por el plan

Si es admitido en un hospital o centro especializado de enfermería por una admisión hospitalaria cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos bajo receta durante su admisión hospitalaria. No tendrá que hacer ningún copago. Una vez que deje el hospital o centro

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



especializado de enfermería, el plan cubrirá los medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas las normas de cobertura.

F2. Si está en un centro médico de cuidado a largo plazo

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

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

F3. Si está 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.

- Si usted está inscrito en atención para enfermos terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, contra las náuseas, laxantes, ansiolíticos) que no están cubiertos por la atención para enfermos terminales porque no se relacionan con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta el medicamento o del proveedor de atención para enfermos terminales que indique que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras para recibir cualquier medicamento sin relación con su enfermedad terminal que deba estar cubierto por 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 a la persona que recetó el medicamento que se asegure de avisarnos que el medicamento no tiene relación con su enfermedad.

Si deja el plan de atención para enfermos terminales, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando terminen sus beneficios de atención para enfermos terminales de Medicare, deberá llevar a la farmacia documentos que prueben que dejó el plan de atención para enfermos terminales. Lea en las partes anteriores de este capítulo sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D.

Para obtener más información sobre el beneficio de atención para enfermos terminales, consulte el Capítulo 4, Sección E.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos de manera segura

Cada vez que surta una receta, verificaremos que no haya problemas como los siguientes:

- medicamentos que pueden ser innecesarios porque está tomando otros para tratar la misma afección médica
- medicamentos que quizás no son seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico o puede serlo
- medicamentos que tienen cantidades no seguras de analgésicos opiáceos

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

G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas o está en un programa para la administración de medicamentos para ayudarlo a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno, a través de un programa de control de la terapia con medicamentos (MTM). 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 para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico le realizarán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablará con usted acerca de:

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

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



Usted recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos, que recomienda lo que usted puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los que toma y por qué lo hace. Además, obtendrá información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Se recomienda programar una revisión de sus medicamentos antes de su consulta de rutina anual para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y listado de medicamentos con usted a su visita o en cualquier momento 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 urgencias.

Los programas de control de la terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros elegibles. 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 su coordinador de cuidados o Servicios al Miembro.

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos bajo receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios proveedores 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. Trabajando con los profesionales que le recetan, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepínicos no es seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Estas son algunas de las limitaciones:

- Pedirle que obtenga todos los medicamentos recetados **de cierta farmacia y/o de cierto profesional que receta**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted

Si decidimos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a su caso, le enviaremos una carta de antemano. La carta le indicará si le limitaremos la cobertura de estos medicamentos, o si se le exigirá obtener las recetas médicas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318**

(TTY 711), los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



Tendrá la oportunidad de contarnos cuáles son los proveedores de recetas o las farmacias que prefiere usar y cualquier otra información que considere que debemos saber. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si considera que hemos cometido un error, está en desacuerdo con que está en riesgo de usar el medicamento bajo receta de manera indebida, o no está de acuerdo con el límite, usted o quien le escribió la receta puede apelar. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a una entidad revisora independiente (IRE) (Para saber cómo presentar una apelación y obtener más información sobre la IRE, consulte el Capítulo 9, Sección F6.)

Es posible que el DMP no aplique a su caso en los siguientes escenarios:

- 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.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



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

Introducción

Este capítulo le indica lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, y
- medicamentos y artículos cubiertos por Michigan Medicaid, y
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que es elegible para Michigan Medicaid, está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

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

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

Para informarse más sobre los medicamentos recetados, puede buscar en estos lugares:

- El *Listado de medicamentos cubiertos* del plan.
 - Lo llamamos la "Lista de medicamentos". Le informa:
 - Qué medicamentos paga el plan
 - ¿En cuál de los tres niveles se encuentra cada medicamento?
 - Si existen límites para los medicamentos
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios al Miembro. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcareplus.com. El *Listado de medicamentos* en el sitio web siempre está actualizado.
- Capítulo 5 de este *Manual del Miembro*.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



- El Capítulo 5, Sección C, le indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
- Incluye reglas que debe seguir. También le informa sobre qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
 - En la mayoría de los casos, debe usar 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 la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A.
 - Cuando usa la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el coste que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el coste que se muestra en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación del gasto corriente que se espera que usted pague. Puede llamar a su coordinación de atención o a Servicios al Miembro para obtener más información.



Índice

A. La explicación de beneficios (EOB)	4
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos.....	5
C. Un resumen de su cobertura de medicamentos	5
C1. Los niveles del plan	5
C2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	6
C3. Resumen de cobertura de medicamentos.....	6
D. Vacunas	8
D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	8



A. La explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan realiza un seguimiento de sus medicamentos recetados. Realizamos un seguimiento de los costos totales de sus medicamentos. Esto incluye la cantidad de dinero que paga el plan (u otros pagan en su nombre) por sus recetas médicas.

- Sus **costos de bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted u otras personas pagan en su nombre 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 Extra" de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, 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 paga el plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través del plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos la EOB para abreviar. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información para el mes**. El resumen le dice qué medicamentos recetados obtuvo el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos y lo que pagó el plan, y lo que pagaron otras personas por usted.
- **Información del "hasta la fecha"**. Estos son los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales realizados por usted desde el 1 de enero.
- **Información sobre precios de medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando estén disponibles, aparecerán en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su proveedor que recete para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para los costos de bolsillo totales de la Parte D.
- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte el *Listado de medicamentos*.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de los medicamentos, utilizamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Cómo nos puede ayudar

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. Envíenos información sobre los pagos que otros hayan hecho por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también cuentan para sus costos totales. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia con medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo.

3. Verifique las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro. Asegúrese de conservar estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Un resumen de su cobertura de medicamentos

Como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, no paga nada por los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos siempre que siga las reglas de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.

C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos. Cada medicamento en la Lista de medicamentos del plan está en uno de tres niveles. No hay ningún costo para usted por los medicamentos en ninguno de los niveles.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos y productos cubiertos por Michigan Medicaid (que no pertenecen a la Parte D), recetados y de venta libre.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



C2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

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 un suministro que dura hasta 100 días. No hay ningún costo para usted por un suministro a largo plazo.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección A7, o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

C3. Resumen de cobertura de medicamentos

Su cobertura para un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento recetado cubierto



Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.

	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo del plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Un suministro de 61-100 días	Suministro de hasta 31 días	Suministro de hasta 30 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5, Sección A, para obtener detalles.
Nivel 1 (Medicamentos genéricos de la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Medicamentos de marca de la Parte D y algunos medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (Medicamentos recetados y de venta libre de Michigan Medicaid (que no pertenecen a la Parte D)	\$0	\$0	\$0	\$0

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.



Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en el *Listado de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare sin costo para usted. Consulte el *Listado de medicamentos cubiertos (Formulario)* o contacte con Servicios al Miembro para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

1. La primera parte de la cobertura es por el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura 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.

D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame primero a Servicios al Miembro cada vez que planee recibir una vacuna.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos mediante el uso de farmacias y proveedores de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con AmeriHealth Caritas VIP Care Plus para asegurarse de que usted no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D.



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

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el 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 del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	2
B. Enviar una solicitud de pago	4
C. Decisiones de cobertura.....	5
D. Apelaciones.....	6



A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan los servicios y medicamentos que ya recibió. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y ya pagó la factura, tiene derecho a que le devuelvan el dinero.
- Si los servicios o medicamentos no están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con su Coordinador de atención o Servicios al Miembro si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

A continuación, se muestran ejemplos de ocasiones en las que es posible que deba 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

Debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, necesita solicitarnos el reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos al proveedor directamente.
 - Si usted ya ha pagado por el servicio, le devolveremos el dinero.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus cuando obtenga servicios o medicamentos recetados. La facturación incorrecta o inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a usted un monto mayor al costo compartido del plan por los servicios. **Llame a Servicios al Miembro si recibe facturas que no comprende.**

- Debido a que AmeriHealth Caritas VIP Care Plus paga 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 usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Le reembolsaremos los servicios cubiertos.

3. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta médica

Si usa una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total de su receta médica.

- En solo unos pocos casos, cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso.
- Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

4. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no lleva su tarjeta de identificación de miembro del plan con usted

Si no lleva su tarjeta de identificación de miembro del plan con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que consulte su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta médica.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso.



- 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.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica de un medicamento que no está cubierto

Puede pagar el costo total de la receta médica porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en el *Listado de medicamentos cubiertos (Listado de medicamentos)* del plan, o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que deba aplicarse a su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento pero cree que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección F4).
 - Si usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas creen que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9, Sección F4, página 29).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional que recete para reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le paguemos el costo completo si el precio que pagó es mayor al precio acordado para la receta médica.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento deben cubrirse. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D2.

B. Enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya realizado.. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para sus registros.** Puede pedir ayuda a su Coordinador de atención.

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.



Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. (Si no usa el formulario, proporcione esta información al plan: su ID de miembro, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono, fecha del servicio, nombre de la receta, dosis, cantidad, recibo y prueba de compra.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (www.amerihealthcaritasvipcareplus.com), o puede llamar a Servicios al Miembro o a su Coordinador de atención y solicitar el formulario.

Envíenos su solicitud de pago por correo junto con todas las facturas o los recibos a esta dirección:

Para servicios médicos:	Para medicamentos:
AmeriHealth Caritas VIP Care Plus P.O. Box 7075 London, KY 40742-7075	PerformRx/Michigan Attention: Direct Member Reimbursement P.O. Box 516 Essington, PA 19029

Debe presentarnos su reclamo dentro de los 365 días de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si el plan cubre su atención médica o su medicamento. También decidiremos la cantidad, si corresponde, que debe pagar por la atención médica o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos más información suya.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtenerlos, lo pagaremos. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por lo que pagó. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse todo el monto que pagó (por ejemplo, si obtiene un medicamento de una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor a nuestro precio acordado).
Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3, Sección B, explica las reglas para obtener sus servicios cubiertos. El Capítulo 5, sección A, explica las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta explicando por qué no. La carta también explicará sus derechos a presentar una apelación.
- Para informarse más sobre la Organización para la mejora de la calidad, consulte el Capítulo 9, Sección D.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para informarse más sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D.

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte el Capítulo 9, Sección E.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección F.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, encontrará sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades	2
B. Nuestra responsabilidad es asegurarnos de que reciba acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	5
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	7
C1. Cómo protegemos su PHI	7
C2. Tiene derecho a consultar sus registros médicos	7
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos.....	8
E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente	9
F. Su derecho para dejar el plan	9
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.....	10
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica.....	10
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo	11
G3. Qué hacer si no se respetan sus instrucciones.....	12
H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	12
H1. Qué hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos.....	13
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	13

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades

Tiene derecho a que se le trate con dignidad y respeto. Tiene derecho a tener voz en la gobernanza y operación del sistema integrado, proveedor y plan médico. Debemos asegurar que **todos** los servicios se le presten a usted de manera culturalmente competente y accesible. 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.

- Los derechos y responsabilidades del miembro pueden encontrarse en www.amerihealthcaritasvipcareplus.com. A continuación verá una lista de sus derechos y responsabilidades.
- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios para Miembros al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, o a su Coordinador de atención al 1-888-667-0318, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
- Recibir información en un formato fácilmente entendible.
- Ejercitar sus derechos y que el ejercicio de los mismos no afecte de forma adversa al modo en que el plan y sus proveedores de red o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Michigan Department of Health & Human Services, (MDHHS) tratan al miembro.
- No verse discriminado por su orientación sexual.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales idiomas distintos del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede solicitar materiales ahora y en el futuro, en otro idioma u otro formato con solo llamar a servicios al miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



- También le consultaremos su preferencia en nuestra llamada de bienvenida y, más adelante en el año, cuando se comuniquen con el plan. El plan conservará su solicitud y continuará enviando correos electrónicos en español o 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 con solo llamar a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 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). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede presentar una queja ante Michigan Medicaid. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697

A. O Su derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades

Tiene derecho a que se le trate con dignidad y respeto. Tiene derecho a tener voz en la gobernanza y operación del sistema integrado, proveedor y plan médico. Debemos asegurar que **todos** los servicios se le presten a usted de manera culturalmente competente y accesible. 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.

- Los derechos y responsabilidades del miembro pueden encontrarse en www.amerihealthcaritasvipcareplus.com. A continuación verá una lista de sus derechos y responsabilidades.
- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios para Miembros al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, o a su Coordinador de atención al 1-888-667-0318, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
- Recibir información en un formato fácilmente entendible.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



- Ejercitar sus derechos y que el ejercicio de los mismos no afecte de forma adversa al modo en que el plan y sus proveedores de red o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Michigan Department of Health & Human Services, MDHHS) tratan al miembro.
- No verse discriminado por su orientación sexual.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales idiomas distintos del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede solicitar materiales ahora y en el futuro, en otro idioma u otro formato con solo llamar a servicios al miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- También le preguntaremos cuál es su preferencia en nuestra llamada de bienvenida y, más adelante en el año, cuando se comuniquen con el plan. El plan conservará su solicitud y continuará enviando correos electrónicos en español o 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 con solo llamar a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. 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). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede presentar una queja ante Michigan Medicaid. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697

A. **حَقِّكَ فِي الْحَصُولِ عَلَى الْخِدْمَاتِ وَالْمَعْلُومَاتِ بِطَرِيقَةٍ تَلْبِي أَحْتِيَاجَاتِكَ**

يحق لك أن تُعامل بكرامة واحترام. يحق لك المشاركة في إدارة وتسيير عمل النظام المتكامل، ومُقدم الخدمات، وخطة الرعاية الصحية. يجب علينا التأكد من أن كافة الخدمات تُقدم إليك بطريقة تراعي ثقافتك وتكون في متناولك. يجب علينا أيضاً إخبارك بمزايا الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه مشتركاً في خطتنا.

- يمكنك العثور على حقوق ومسؤوليات الأعضاء على الموقع الإلكتروني www.amerhealthcaritasvipcareplus.com. فيما يلي قائمة بحقوقك ومسؤولياتك

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY 711) 1-888-667-0318 ، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، أو من خلال الاتصال بمنسق رعايتك على الرقم 1-888-667-0318، أيام الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 5 مساءً. تُتيح خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية للرد على الأسئلة بلغات مختلفة.
- الحصول على المعلومات بطريقة يسهل فهمها.
- ممارسة حقوقك، مع العلم أن ممارسة تلك الحقوق لن تؤثر سلبيًا على طريقة تعامل خطتنا وشركائها من مقدمي الخدمات أو وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في ولاية ميشيغان (MDHHS) مع الأعضاء.
- عدم التعرض للتمييز على أساس الميول الجنسية.
- تستطيع خطتنا أيضًا تزويدك بالمواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة، أو طريقة برايل، أو كمادة صوتية. يمكنك طلب المواد، الآن وفي المستقبل، بلغة أخرى أو بتنسيق آخر ببساطة من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY 711) 1-888-667-0318 ، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
- 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 (TTY 711) 1-888-667-0318 ، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، مع العلم أن المكالمة مجانية.
- 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:
- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE يمكنك الاتصال على مدار الساعة، طوال أيام الأسبوع. لمستخدمي الهاتف النصي، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- يمكنك أيضًا تقديم شكوى لدى Michigan Medicaid. يُرجى الرجوع إلى الفصل 9 لمزيد من المعلومات.
- مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019 أو من خلال الهاتف النصي على الرقم 1-800-537-7697

B. Nuestra responsabilidad es asegurarnos de que reciba acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También tiene derecho a cambiar de PCP dentro de su plan de salud. Puede encontrar más información sobre cómo elegir un PCP en el Capítulo 3, Sección D.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- Llame a Servicios al Miembro o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Tiene derecho a utilizar un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia médica. Una referencia médica es la aprobación de su PCP para utilizar a alguien que no es su PCP.
- Tiene derecho a que se le informe acerca de todos los servicios de gestión de casos disponibles, incluso si dichos servicios no son un beneficio cubierto, y a comentar las opciones con su coordinador de atención médica y/o equipo de atención médica integrado (ICT).
- Tiene derecho a conocer a su coordinador de atención médica y cómo solicitar un cambio de coordinador de atención médica
- Tiene derecho a acceder a información sobre el plan, su personal, las cualificaciones del personal y su relación contractual con los proveedores de Servicios y Soportes a largo plazo (LTSS) delegados.
- 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 oportunos de especialistas.
 - Si no puede obtener los servicios dentro de un período de tiempo razonable, tenemos que pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir los servicios de emergencia o atención que se necesiten 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, Sección D4.
- Tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto por el personal del plan.

El Capítulo 9, sección E, le informa lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. El Capítulo 9, Sección E, 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 preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Tiene derecho a la privacidad y confidencialidad sobre toda su atención médica y toda la información sobre salud, a menos que la ley estipule lo contrario. Protegemos su información médica personal (PHI) y su información identificable personalmente (PII) según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. Esto incluye también incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud, así como su información de identificación personal.

Tiene derecho a obtener información y controlar cómo se usa su PHI. Le damos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos. El aviso se denomina "Aviso de prácticas de privacidad". El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

Tiene derecho a saber qué entidades tienen acceso a su información. También tiene derecho a conocer los procedimientos usados por AmeriHealth Caritas VIP Care Plus para garantizar su seguridad, privacidad y confidencialidad.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no miren ni cambien sus registros.

Excepto en los casos que se mencionan a continuación, no proporcionamos su PHI a nadie que no le brinde atención o no pague por su atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. El permiso por escrito lo puede dar usted o alguien a quien usted le haya dado el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

Existen algunas excepciones en las que no tenemos la obligación de obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.

- Estamos obligados a divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de nuestra atención.
- Estamos obligados a proporcionar su PHI a Medicare y Michigan Medicaid. Si Medicare o Michigan Medicaid divulgan su información para investigación u otros usos, se hará de acuerdo con las leyes federales y estatales.

C2. Tiene derecho a consultar sus registros médicos

Tiene derecho a ver sus registros médicos y obtener una copia de sus registros.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- Proporcionamos la primera copia de sus registros médicos de forma gratuita.
- Se nos permite cobrarle una tarifa razonable por realizar copias adicionales de sus registros médicos.

Tiene derecho a enmendar o corregir la información de sus registros médicos.. La corrección pasará a formar parte de su registro.

Tiene derecho a saber si su PHI y PII se ha compartido con otras personas y de qué manera.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios al Miembro.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Tiene derecho a que le expliquen completamente todas las opciones, reglas y beneficios del plan, incluido a través de un intérprete cualificado si fuera necesario. Como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, tiene derecho a obtener información nuestra. Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud. Para conseguir un intérprete, simplemente llámenos al **1-888-667-0318 (TTY 711)**. Este es un servicio gratuito. Los materiales escritos están disponibles en otros idiomas, a pedido de los miembros. También 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
 - cómo han calificado el plan los miembros del plan
 - el número de apelaciones hechas por miembros
 - cómo salir del plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluyen:
 - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria
 - cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- para obtener un listado de proveedores y farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.
- Servicios cubiertos (consulte los capítulos 3 y 4) y los medicamentos (consulte los capítulos 5 y 6) y las reglas que debe seguir, incluidas:
 - servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - límites a su cobertura y medicamentos
 - reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el capítulo 9), incluido pedirnos:
 - poner por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiar una decisión que tomamos
 - pagar una factura que recibió

E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si pagamos menos de lo que nos cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A.

F. Su derecho para dejar el plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a declinar su participación o abandonar los programas y servicios ofrecidos por el plan.
- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare o un plan Medicare Advantage.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



- Consulte el Capítulo 10, Sección D, para informarse más sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos recetados o Medicare Advantage.
- Si hay otro plan MI Health Link en su área de servicio, también puede cambiar a un plan MI Health Link diferente y continuar recibiendo los beneficios coordinados de Medicare y Michigan Medicaid.
- Puede obtener sus beneficios de Michigan Medicaid a través del plan original de Michigan (pago por servicio) de Medicaid.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a participar en todos los aspectos del cuidado, incluido el derecho a rechazar el tratamiento y ejercer todos sus derechos de apelación. Tiene derecho a estar exento de cualquier forma de restricción o reclusión que se use como forma de coerción, disciplina, ventaja o represalia, según lo estipulado en los reglamentos federales sobre el uso de restricción y reclusión. Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todos los tipos de tratamiento.
- A obtener apoyo y ánimo por parte del plan para colaborar en las decisiones con su equipo de atención médica integrado (ICT).
- **Conozca los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre todos los tipos de tratamiento. Se le debe informar de antemano si el servicio o el tratamiento propuesto son parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtenga una segunda opinión.** Tiene derecho a acudir a otro médico antes de decidir el tratamiento.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que se quede. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no se le dará de baja del plan. Por supuesto, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, acepta toda la responsabilidad de lo que le sucede a su cuerpo en consecuencia.
- **Pídanos que le expliquemos por qué 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.
- **Pídanos 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, Sección D, de este folleto explica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, puede:

- Completar un formulario escrito para **otorgarle a alguien el derecho a tomar decisiones de atención médica por usted.**
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar sus instrucciones se llama directiva anticipada. Existen diferentes tipos de última voluntad médica y tienen nombres distintos. Algunos ejemplos son una directiva anticipada siquiátrica y un poder notarial duradero para la atención médica.

Ahora es un buen momento para escribir sus directivas anticipadas porque puede dar a conocer sus deseos mientras está saludable. El consultorio de su médico tiene una directiva anticipada que debe completar para informarle a su médico lo que desea que se haga. Su directiva anticipada a menudo incluye una orden de no resucitar. Algunas personas hacen esto después de hablar con su médico sobre su estado de salud. Proporciona una notificación por escrito a los trabajadores de la salud que pueden estar tratando con usted si deja de respirar o su corazón se detiene. Su médico puede ayudarlo con esto si está interesado.

No es necesario que utilice una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que debe hacer:

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerithealthcaritasvipcareplus.com**.



- **Consigue el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare o Michigan Medicaid (por ejemplo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan o el Programa de Asistencia Medicare/Medicaid de Michigan [MMAP]) también pueden tener formularios de directivas anticipadas.
- **Complételo y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar solicitar la ayuda de un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que necesiten saberlo.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe entregarle una copia a la persona que designe para que tome las decisiones por usted. También puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. No olvide conservar una copia en casa.
- Si va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.

Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección completar una directiva anticipada o no.

G3. Qué hacer si no se respetan sus instrucciones

En Michigan, su directiva anticipada tiene un efecto vinculante para los médicos y hospitales. Sin embargo, si cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones de su directiva anticipada, puede presentar una queja ante 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 las decisiones que hemos tomado

El Capítulo 9, Sección E, le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a comunicar las quejas al plan. Tiene derecho a recibir instrucciones sobre cómo usar el proceso de reclamos, incluido las reglas del plan sobre los plazos para responder y resolver problemas de calidad y reclamos.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios al Miembr.

Tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto por el personal y el plan de salud.

H1. Qué hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Tiene derecho a ejercer sus derechos como miembro. Ejercer estos derechos no afectará de forma negativa el trato que reciba de parte del ICO y los proveedores de la red o el MDHHS. Si cree que lo han tratado injustamente, y **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el Capítulo 11, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

- Servicios al Miembro.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP). En Michigan, el SHIP se conoce como Programa de Asistencia de Michigan Medicare (MMAP). Para más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección E.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY 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/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
- El programa del defensor del pueblo de MI Health Link. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección I.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna duda, llame a Servicios al Miembro.

- **Lea el *Manual del Miembro*** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre su:
 - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Esos capítulos le informan qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que esté utilizando todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios al Miembro si tiene otra cobertura.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores médicos** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y 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 su coordinador de atención médica y/o proveedor acordaron. Notifique al director de su caso y/o proveedores cuando no pueda seguir el plan.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no se olvide de hacerla. 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.
- Proporcione su plan de salud con la información necesaria para brindar servicios.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para casi todos los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, Michigan Medicaid paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
 - Una cantidad de pago del paciente por los servicios de un centro de enfermería según lo determinado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan. El Capítulo 4, Sección C, proporciona información adicional sobre el Monto de pago del paciente (PPA) por los servicios de un centro de enfermería.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- Cualquier prima del programa Freedom to Work [Libertad para Trabajar], que tenga. Si tiene dudas sobre el programa Freedom to Work comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos (MDHHS) de Michigan. Puede encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS visitando www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe inmediatamente. Llame a Servicios al Miembro.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. El Capítulo 1, Sección D, le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante una inscripción especial El Capítulo 1, Sección D, página 5 le informa sobre nuestro área de servicio y el período, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su área nueva.
 - Además, asegúrese de informar a Medicare y Michigan Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, Sección G y H, para conocer los números de teléfono de Medicare y Michigan Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.
- Notifique a la organización y a su proveedor de atención médica si abandonara programa.
- Los afiliados de 55 años o más que reciben servicios de atención a largo plazo pueden estar sujetos a la recuperación del patrimonio después de su muerte. Para obtener más información, puede:
 - Comunicarse con su Coordinador de atención, ○
 - Llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios al 1-800-642-3195, ○
 - Visite el sitio web en www.michigan.gov/estaterecovery, ○

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



- Envíe por correo electrónico sus preguntas a: MDHHS-EstateRecovery@michigan.gov

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



Capítulo 9: Qué hacer si usted 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, artículo o medicamento que su plan ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que haya tomado su plan sobre su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos terminan demasiado pronto.

Si tiene algún problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si tiene un problema de salud o de apoyo y servicios a largo plazo

Debe obtener la atención médica, los medicamentos 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 Plus. **Si aún tiene problemas con su atención o con nuestro plan, puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link al 1-888-746-6456.** Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link para que lo guíe a través de su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección I, para obtener más información sobre los programas de defensores del pueblo.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Índice

A. Qué hacer si tiene un problema	4
A1. Sobre los términos legales.....	4
B. Dónde llamar para pedir ayuda	4
B1. Dónde obtener más información y ayuda	4
C. Qué proceso usar para ayudar con su problema	5
C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja	5
D. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	6
D1. Resumen de decisiones de cobertura y apelaciones	6
D2. Cómo obtener ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones	7
D3. Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará	9
E. Problemas con la atención médica	11
E1. Cuándo usar esta sección	11
E2. Cómo solicitar decisiones de cobertura	12
E3. Apelación interna para atención médica.....	15
E4. Apelación externa por atención médica (no medicamentos de la Parte D)	19
E5. Problemas de pago.....	26
F. Medicamentos de la Parte D.....	27
F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.....	27
F2. Qué es una excepción	29
F3. Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones	30
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	31
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D.....	35



F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D.....	37
G. Solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada.....	39
G1. Conocer sus derechos de Medicare.....	39
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	40
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	42
H. Qué hacer si cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto.....	43
H1. Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura.....	44
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención.....	44
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención.....	46
I. Opciones de apelación después del Nivel 2 o apelaciones externas.....	2
I1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare.....	2
I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de Michigan Medicaid.....	2
J. Cómo presentar una queja.....	3
J1. ¿Qué tipo de problemas deberían ser quejas.....	3
J2. Quejas internas.....	4
J3. Quejas externas.....	6



A. Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pago. Medicare y Michigan Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

A1. Sobre los términos legales

Existen términos legales difíciles para algunas de las normas y fechas límite de este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que hemos utilizado palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Usamos las abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, diremos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “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”

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por lo que también se los proporcionamos.

B. Dónde llamar para pedir ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

A veces puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

Puede obtener ayuda del Defensor del pueblo de MI Health Link

Si necesita ayuda para obtener respuestas a sus preguntas o entender qué hacer para manejar su problema, puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link. El Defensor del pueblo de MI Health Link no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros. Pueden ayudarlo a comprender qué proceso utilizar. El número de teléfono del Defensor del pueblo de MI Health Link es 1-888-746-6456. Estos servicios son gratuitos. Consulte el Capítulo 2, Sección I, para obtener más información sobre los programas de defensores del pueblo.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipacareplus.com**.



Puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). En Michigan, el SHIP se conoce como Programa de Asistencia de Michigan Medicare (MMAP). Los consejeros de MMAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para manejar su problema. MMAP no está conectado con nosotros ni con otras compañías de seguro o plan médico. MMAP cuenta con consejeros capacitados y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono de MMAP es 1-800-803-7174. También puede encontrar información en el sitio web de MMAP en mmapinc.org.

Cómo recibir ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda con los problemas. Aquí hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

Cómo obtener ayuda de Michigan Medicaid

También puede llamar a Michigan Medicaid para obtener ayuda con los problemas. Llame 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. También puede enviar un correo electrónico a beneficiarysupport@michigan.gov.

C. Qué proceso usar para ayudar con su problema

C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja

Si tiene algún problema o inquietud, solo necesita leer las partes 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.



<p>¿Su problema o inquietud se relaciona con los beneficios o la cobertura?</p> <p>(Esto incluye problemas sobre si una atención médica específica (artículos médicos, servicios médicos, apoyos y servicios a largo plazo y/o medicamentos con receta de la Parte B) está o no está cubierta, la manera en que está cubierta y problemas relacionados con el pago por la atención médica.)</p>	
<p>Sí.</p> <p>Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”.</p>	<p>No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.</p> <p>Pase a la Sección J: “Cómo presentar una queja”.</p>

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Resumen de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso de solicitar decisiones de cobertura y realizar apelaciones se encarga de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para facilitar el proceso, por lo general, nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B como **atención médica**.

NOTA: Los servicios de salud conductual especiales de Medicaid están cubiertos por el 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 vive en el condado de Macomb o Wayne, comuníquese con su PIHP para obtener información sobre decisiones de cobertura y apelaciones sobre servicios de salud conductual.

➔ Línea de información general del PIHP para el condado de Macomb

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

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipacareplus.com**.



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 04:30 p. m. Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.
TTY	al 1-800-630-1044 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a. m. a 04:30 p. m.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. También tomamos una decisión de cobertura cada vez que nos solicita que aumentemos o cambiemos la cantidad de un servicio, artículo o medicamento que ya está recibiendo.

Si usted o sus proveedores no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Michigan Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de recibir el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que desea no está cubierto o no es médicamente necesario para usted. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla.

D2. Cómo obtener ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

¿A quién puedo llamar para obtener ayuda para solicitar decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

- Llame a su **Coordinación de la atención** al **1-888-667-0318 (TTY 711)**.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipacareplus.com**.



- Llame a **Servicios al Miembro** al **1-888-667-0318 (TTY 711)**.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- Llame al **Defensor del pueblo de MI Health Link** para obtener ayuda gratuita. El Defensor del pueblo de MI Health Link puede ayudarlo con sus preguntas o problemas con MI Health Link o nuestro plan. El Defensor del pueblo de MI Health Link es un programa independiente y no está relacionado con este plan. El número de teléfono es 1-888-746-6456.
- Llame al **Programa de Asistencia de Michigan Medicare (MMAF)** para recibir ayuda gratuita. MMAF es una organización independiente. No está relacionado con este plan. El número de teléfono es 1-800-803-7174.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídele que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación. Su representante designado tendrá los mismos derechos que usted para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario de “Designación de representante”.
 - También puede obtener el formulario al visitar www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web <https://www.amerihealthcaritasvipcareplus.com/assets/pdf/member/appoint-representative-form.pdf>. El formulario le otorga permiso a la persona para actuar en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Si elige tener un abogado, debe pagar esos servicios legales. Sin embargo, algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Si desea que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de representante.
 - Sin embargo, no necesita un abogado para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o presentar una apelación.



D3. Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y fechas límite diferentes. Separamos este capítulo en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe seguir. **Solo necesita leer la sección que se aplica a su problema:**

- La **Sección E** le brinda información si tiene problemas con la atención médica (**no** los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - No está recibiendo atención médica u otros apoyos y servicios que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención.
 - No aprobamos la atención médica que su médico desea brindarle y usted cree que esta atención debe estar cubierta y es médicamente necesaria.
 - **NOTA:** Utilice la **Sección E** únicamente si estos son medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos del *Listado de medicamentos cubiertos*, también conocido como *Listado de medicamentos*, con un DP **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la **Sección F** para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.
 - Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta, pero nosotros no pagamos por esta atención.
 - Recibió y pagó atención médica que pensó que estaba cubierta y desea solicitarnos un reembolso.
 - Se le informa que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá y no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para la atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un establecimiento de enfermería especializada, o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), necesita leer una sección aparte de este capítulo porque corresponden normas especiales para este tipo de atención. Consulte las **secciones G y H**.
 - Su solicitud de una decisión de cobertura podría ser desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de casos en los que podríamos desestimar su solicitud incluyen: si su solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud por usted, pero no ha proporcionado ninguna prueba de que usted esté de acuerdo con que realicen la solicitud, o si solicita que se retire la solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos



un aviso explicando por qué, y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.

- La **Sección F** le brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - Quiere solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestro *Listado de medicamentos*.
 - Quiere solicitarnos que no apliquemos los límites sobre la cantidad de medicamento que puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación o autorización previa (AP).
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted o su médico u otro recetador creen que deberíamos haberlo hecho.
 - Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. (Se trata de solicitar una decisión de cobertura sobre el pago).
- La **Sección G** le brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto. Utilice esta sección si:
 - Está en el hospital y cree que el médico le pidió que dejara el hospital demasiado pronto.
- La **Sección H** le brinda información si cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a su Coordinador de atención al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., o a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si necesita otra ayuda o información, llame al Defensor del pueblo de MI Health Link al 1-888-746-6456.



E. Problemas con la atención médica

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección trata sobre qué hacer si tiene problemas con sus beneficios para su atención médica, como con los servicios médicos u otros apoyos y servicios. También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos del *Listado de medicamentos* de DP **no** están cubiertos por la Parte D. Utilice la Sección F para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Esta sección explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de estas cinco situaciones:

1. Cree que cubrimos los servicios de atención médica que necesita pero que no está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención médica que su proveedor desea brindarle y usted cree que deberíamos haberlo hecho.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó atención médica que pensó que estaba cubierta y desea que le reembolsemos los servicios o artículos.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos el reembolso. Consulte la **Sección E5** para obtener información sobre cómo solicitarnos un pago.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un determinado servicio y no está de acuerdo con nuestra decisión.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o detener el servicio. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para 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 reglas especiales. Lea las **secciones G** o **H** para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerhealthcaritasvipacareplus.com**.



E2. Cómo solicitar decisiones de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para recibir atención médica o servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o médico que nos pida una decisión.

- Puede llamarnos al: 1-888-667-0318, TTY 711
- Puede enviarnos un fax al: 1-866-263-9036
- Puede escribirnos al: AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, Prior Authorization Department, 200 Stevens Drive, Philadelphia, PA 19113
- **NOTA:** Si vive en el condado de Macomb o Wayne, el PIHP tomará decisiones de cobertura para los servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por abuso de sustancias. Comuníquese con el PIHP para obtener más información.

➔ 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 4:45 p. m. Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-844-578-6563 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a. m. a 04:45 p. m.

➔ Línea de información general del PIHP para el condado de Wayne

Llame	al 1-800-241-4949 Esta llamada es gratuita. Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para 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.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, toma hasta 14 días calendario después de que usted, su representante o su proveedor lo soliciten, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si no le damos nuestra decisión dentro de los 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare), puede apelar.

A veces, necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta para informarle que debemos tomarnos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o dentro de las 24 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta para informarle que debemos tomarnos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”.

Solicitar una decisión de cobertura rápida:

- Si solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la atención que desea.
- Puede llamarnos al **1-866-263-9011 (TTY 711)** o enviarnos un fax al **1-866-263-9036**. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- También puede hacer que su médico o su representante nos llamen.

Estas son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Debe cumplir los dos requisitos siguientes para obtener una decisión de cobertura rápida:



1. Puede obtener una **decisión de cobertura rápida solo si está preguntando sobre la cobertura de artículos y/o servicios médicos que aún no ha recibido.** (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si la fecha límite estándar de 14 días calendario (o la fecha límite de 72 horas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare) podría causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar.**
 - Si su proveedor dice que necesita una decisión de cobertura rápida, automáticamente se la daremos.
 - Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. En su lugar, también usaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare).
 - Esta carta le informará que si su proveedor solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección J**.

¿Cómo conoceré la respuesta del plan sobre mi decisión de cobertura?

Le enviaremos una carta para informarle si aprobamos o no la cobertura.

Si la decisión de cobertura es No, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta en la que le informaremos nuestras razones para decir que **No**.

- Si decimos **No**, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión presentando una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al proceso de Apelaciones internas (lea la siguiente sección para obtener más información).

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipacareplus.com**.



E3. Apelación interna para atención médica

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos una decisión de cobertura (denegación) o cualquier acción adversa que tomamos. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla.

NOTA: Si vive en el condado de Macomb o Wayne, el PIHP maneja apelaciones sobre servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por consumo de sustancias. Comuníquese con el PIHP para obtener más información.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link al 1-888-746-6456. El programa del Defensor del pueblo de MI Health Link no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico.

¿Qué es una acción adversa?

Una acción adversa es una acción o falta de acción de nuestro plan que usted puede apelar. Esto incluye:

- Denegamos o limitamos un servicio o artículo que solicitó su proveedor;
- Denegamos, suspendimos o finalizamos la cobertura que ya estaba aprobada;
- No pagamos por un servicio o artículo que usted cree que está cubierto;
- No resolvimos su solicitud de autorización dentro de los plazos requeridos;
- No pudo obtener un servicio o artículo cubierto de un proveedor de nuestra red dentro de un período de tiempo razonable; o
- No actuamos dentro de los plazos para revisar una decisión de cobertura y darle una decisión.

¿Qué es una apelación interna?

Una apelación interna (también denominada apelación de Nivel 1) es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para averiguar si es correcta. El revisor será alguien que no tomó la decisión de cobertura original. Cuando completemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito y le diremos qué puede hacer a continuación si no está de acuerdo con la decisión.

Debe solicitar una apelación interna antes de poder solicitar una apelación externa según la **Sección E4** a continuación.

Puede solicitar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipacareplus.com**.



¿Cómo presento una apelación interna?

- Para iniciar su apelación, usted, su representante o su proveedor deben comunicarse con nosotros.. Puede llamarnos al **1-888-667-0318 (TTY 711)**. Para obtener detalles adicionales sobre cómo comunicarse con nosotros para las apelaciones, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- Puede solicitarnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:
AmeriHealth Caritas VIP Care Plus,
Attn: Appeals Department, P.O. Box 80109, London, KY 40742-0109.
 - También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-888-667-0318 (TTY 711)**.

A un vistazo: cómo presentar una apelación interna

Usted, su médico o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o fax. También puede solicitar una apelación llamándonos.

- Pregunte **dentro de los 65 días calendario** posteriores a la decisión que está apelando. Si no cumple con la fecha límite por una buena razón, aún puede apelar.
- Si apela porque le informamos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, tiene menos días para apelar si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación.
- Siga leyendo esta sección para conocer qué fecha límite se aplica a su apelación.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

¿Alguien más puede apelar por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación por usted. Además, alguien además de su médico u otro proveedor puede presentar la apelación por usted. Primero, debe completar un formulario de Designación de representante. El formulario le otorga permiso a otra persona para actuar en su nombre.

Si no recibimos este formulario y alguien estuviera actuando en su nombre, su solicitud de apelación se desestimarán. Si eso ocurriera, usted tiene derecho a que otra persona revise nuestra decisión de desestimar su apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que explica su derecho a solicitar a la Organización de revisión independiente que revise la decisión de desestimar su apelación.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Para obtener un formulario de Designación de representante, llame a Servicios al Miembro y solicite uno, o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

Debemos obtener el formulario de Nombramiento de representante completo antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación interna?

Debe solicitar una apelación interna **dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si pierde este plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una buena razón son: estuvo en el hospital o le brindamos información incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación. Debe explicar la razón por la que su apelación se atrasa cuando presente su apelación.

NOTA: Si apela porque le informamos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones internas?” para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del archivo de mi caso?

Sí. Solicite una copia gratuita llamando a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**.

¿Puede mi proveedor brindarle más información sobre mi apelación?

Sí. Tanto usted como su proveedor pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión de apelación?

Analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica u otros apoyos y servicios. Luego, verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, es posible que se la solicitemos a usted o a su médico.

¿Cuándo me enteraré de una decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Le daremos nuestra decisión antes si su condición así lo requiere.



- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Si decidimos que necesitamos tomarnos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explica por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que no debemos tomar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección J**.
- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de los 30 días calendario (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare) o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso para una apelación externa si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Michigan Medicaid, puede presentar una apelación externa usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación externa, consulte la **Sección E4**.

Si nuestra respuesta es Sí a todo o parte de lo que solicitó, debemos aprobar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Si nuestra respuesta es No a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos automáticamente su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación externa. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Michigan Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación externa usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación externa, consulte la **Sección E4**.

¿Cuándo me enteraré de una decisión de apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su condición así lo requiere

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explica por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



- Si usted cree que no debemos tomar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J.
- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de las 72 horas o al final de los días adicionales (si los aceptamos), automáticamente enviaremos su caso para una apelación externa si su problema es sobre la cobertura de un servicio de Medicare o artículo. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Michigan Medicaid, puede presentar una apelación externa usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación externa, consulte la Sección E4.

Si nuestra respuesta es Sí a todo o parte de lo que solicitó, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

Si nuestra respuesta es No a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación externa. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Michigan Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación externa usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación externa, consulte la Sección E4.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones internas?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue previamente aprobado, le enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta. Si presenta su apelación interna dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de nuestro aviso o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, continuaremos sus beneficios por el servicio mientras la apelación interna esté pendiente.

Si está apelando para obtener un nuevo servicio de nuestro plan, entonces no recibirá ese servicio a menos que su apelación haya finalizado y la decisión sea que el servicio está cubierto.

E4. Apelación externa por atención médica (no medicamentos de la Parte D)

Si el plan dice No a la apelación interna, ¿qué sucede después?

Debe solicitar una apelación interna y obtener una decisión nuestra antes de poder solicitar una apelación externa.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación interna, le enviaremos un aviso de rechazo de la apelación. Este aviso se denomina Aviso de decisión de la apelación. Este aviso le informará si el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare y/o Michigan Medicaid.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipacareplus.com**.



- Si su problema es sobre un servicio o artículo de Medicare, automáticamente recibirá una apelación externa con la Entidad de revisión independiente (IRE) tan pronto como se complete la apelación interna.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo de Michigan Medicaid, puede presentar una apelación externa usted mismo ante la Oficina de audiencias y reglas administrativas de Michigan (MOAHR) y/o una solicitud de revisión externa ante el Departamento de seguros y servicios financieros de Michigan (DIFS). El Aviso de decisión de la apelación le indicará cómo hacer esto.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Michigan Medicaid, automáticamente obtendrá una apelación externa ante la IRE. También puede solicitar una apelación externa con MOAHR y / o una revisión externa con DIFS.

¿Qué es una apelación externa?

Una apelación externa (también denominada apelación de Nivel 2) es la segunda apelación, que realiza una organización independiente que no está relacionada con el plan. La organización de apelación externa de Medicare se denomina Entidad de revisión independiente (IRE). La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo.

La apelación externa de Michigan Medicaid es una audiencia justa a través de la Oficina de audiencias y reglas administrativas de Michigan (MOAHR). También tiene derecho a solicitar una revisión externa de las denegaciones de servicios de Michigan Medicaid a través del Departamento de seguros y servicios financieros de Michigan (DIFS).

Mi problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Michigan Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una apelación externa?

Hay dos formas de presentar una apelación externa por los servicios y artículos de Michigan Medicaid: (1) Audiencia justa y/o (2) Revisión externa.

1. Audiencia justa

Tiene derecho a solicitar una audiencia justa a la Oficina de audiencias y reglas administrativas de Michigan (MOAHR). Una audiencia justa es una revisión imparcial de una decisión tomada por nuestro plan. Puede solicitar una audiencia justa después de la apelación interna con nuestro plan. Además, si no recibe un aviso sobre su apelación o una decisión sobre su apelación dentro del plazo que el plan tiene para responder a su apelación, puede solicitar una audiencia justa de Michigan Medicaid.

Debe solicitar una audiencia imparcial **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha del Aviso de decisión de la apelación.



NOTA: Si solicita una audiencia justa porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para presentar su solicitud** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su audiencia justa está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones externas?” para obtener más información.

Para solicitar una audiencia justa del MOAHR, debe completar un formulario de Solicitud de audiencia. Le enviaremos un formulario de Solicitud de audiencia con el Aviso 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: 517-335-6696

También puede iniciar una audiencia justa llamado al 1-800-648-3397. Puede solicitar una audiencia justa abreviada (rápida) llamando a ese número o escribiendo a la dirección o enviando un fax al número que se muestra arriba.

Después de que MOAHR reciba su solicitud de audiencia justa, recibirá 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 lleve a cabo en persona.

MOAHR debe darle una respuesta por escrito dentro de los 90 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de audiencia justa. Si califica para una audiencia justa acelerada, el MOAHR debe darle una respuesta dentro de las 72 horas. Sin embargo, si MOAHR necesita recopilar más información que pueda ayudarlo, puede tomar hasta 14 días calendario más.

Después de recibir la decisión final de MOAHR, tiene 30 días calendario 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.

2. Revisión externa

También tiene derecho a solicitar una revisión externa a través del 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 calendario** posteriores a la recepción de nuestra decisión de apelación interna.

NOTA: Si calificó para la continuación de los beneficios durante la apelación interna y solicita una revisión externa **dentro de los 10 días calendario** a partir de la fecha de la decisión de la apelación interna, puede continuar recibiendo el servicio en disputa durante la revisión. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones externas?” para obtener más información.

Para solicitar una revisión externa del DIFS, debe completar el formulario de solicitud de revisión externa de atención médica. Le enviaremos este formulario con nuestro Aviso de decisión de 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 de 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 calendario 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 calendario 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, es posible que pueda calificar para una revisión acelerada (rápida). Se completa una revisión acelerada dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud. Para calificar para una revisión acelerada, debe hacer que su médico verifique que el plazo para una 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.

Mi problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare. ¿Qué pasará en la apelación externa?

Una Entidad de revisión independiente (IRE) revisará cuidadosamente la decisión de la apelación interna y decidirá si debe cambiarse.

- No es necesario que solicite la apelación externa. Enviaremos automáticamente cualquier rechazo (total o parcial) a la IRE. Se le informará cuando esto suceda.
- La IRE es contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su archivo llamando a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**.

La IRE debe darle una respuesta a su apelación externa dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de recibir servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo notificará por carta. La IRE no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una “apelación rápida” en la apelación interna, automáticamente tendrá una apelación rápida en la apelación externa. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo notificará por carta. La IRE no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

¿Qué sucede si mi servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Michigan Medicaid?

Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Michigan Medicaid, enviaremos automáticamente su apelación externa a la Entidad de revisión independiente. También puede presentar una Apelación externa a la Oficina de audiencias y reglas

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipacareplus.com**.



administrativas de Michigan (MOAHR) y / o una Revisión externa al Departamento de seguros y servicios financieros de Michigan (DIFS). Siga las instrucciones.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones externas?

Si aprobamos previamente la cobertura de un servicio, pero luego decidimos cambiar o detener el servicio antes de que expirara la autorización, puede continuar con sus beneficios durante las apelaciones externas en algunos casos.

- Si el servicio está cubierto por Medicare y usted calificó para la continuación de los beneficios durante la Apelación interna, sus beneficios para ese servicio continuarán automáticamente durante el proceso de apelación externa con la Entidad de revisión independiente (IRE).
- Si el servicio está cubierto por Michigan Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si calificó para la continuación de los beneficios durante su apelación interna y solicita una audiencia justa del MOAHR o una revisión externa del DIFS dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del Aviso de decisión de la apelación.
- Si el servicio podría estar cubierto tanto por Medicare como por Michigan Medicaid y usted calificó para la continuación de los beneficios durante la apelación interna, sus beneficios para ese servicio continuarán automáticamente durante la revisión de IRE. También puede calificar para la continuación de los beneficios durante la revisión de MOAHR y/o DIFS si envía su solicitud dentro de los plazos indicados anteriormente.

Si sus beneficios continúan, puede seguir recibiendo el servicio hasta que suceda una de las siguientes situaciones: (1) retira la apelación; o (2) todas las entidades que recibieron su apelación (la IRE, MOAHR y/o DIFS) deciden “no” a su solicitud. Si alguna de las entidades decide “sí” a su solicitud, sus servicios continuarán.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su apelación externa fue a la Oficina de audiencias y reglas administrativas de Michigan (MOAHR) para una audiencia justa, MOAHR le enviará una carta explicando su decisión.

- Si MOAHR dice **Sí** a todo o parte de lo que solicitó, debemos aprobar el servicio para usted tan pronto como lo requiera su condición, pero no más tarde de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de MOAHR.
- Si el MOAHR dice **No** a todo o parte de lo que solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de la apelación interna. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si su apelación externa fue al Departamento de seguros y servicios financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, DIFS le enviará una carta explicando la decisión del Director.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



- Si el DIFS dice **Sí** a parte o todo lo que solicitó, debemos aprobar el servicio para usted tan pronto como lo requiera su condición.
- Si el DIFS dice **No** a todo o parte de lo que solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de la apelación interna. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si su apelación externa fue a la Entidad de revisión independiente (IRE), le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la IRE dice **Sí** a todo o parte de lo que solicitó, debemos autorizar la cobertura tan pronto como lo requiera su condición, pero a más tardar 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **Sí** a parte o todo lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **No** a todo o parte de lo que solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de la apelación interna. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

¿Qué pasa si tengo diferentes tipos de apelaciones externas y tienen diferentes decisiones?

Si alguna de las organizaciones de apelación externa (MOAHR, DIFS y/o IRE) decide **Sí** para todo o parte de lo que solicitó, le brindaremos el servicio o artículo aprobado que se acerque más a lo que solicitó en su apelación.

Si la decisión es No para todo o parte de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación externa fue a la Oficina de audiencias y reglas administrativas de Michigan (MOAHR) para una audiencia justa, puede apelar la decisión dentro de los 30 días ante el Tribunal de Circuito. También puede solicitar una nueva audiencia o una reconsideración por parte del MOAHR dentro de los 30 días.

Si su apelación externa fue al Departamento de seguros y servicios financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, puede apelar al Tribunal de Circuito del condado donde vive o al Tribunal de Reclamaciones de Michigan en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la decisión.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Si su apelación externa fue a la Entidad de revisión independiente (IRE), puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un monto mínimo determinado.

La carta que reciba del MOAHR, DIFS o IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección I** para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

NOTA: Sus beneficios por el servicio en disputa no continuarán durante los niveles adicionales de apelación.

E5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. La única cantidad que se le debe pedir que pague es la Cantidad de pago del paciente (PPA) requerida para la atención en un hogar de ancianos.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.

Para obtener más información, comience por leer el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos”. El Capítulo 7, Sección A, describe las situaciones en las que puede necesitar pedir el reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También dice cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

¿Puedo pedirle que me devuelva el dinero por un servicio o artículo que pagué?

Recuerde, si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, no debe pagar la factura usted mismo. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Averiguaremos si el servicio o artículo que pagó es un servicio o artículo cubierto y verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por el servicio o artículo normalmente dentro de los 30 días calendario, y no más tarde de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si aún no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, equivale a decir **Sí** a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos por el servicio o artículo y explicando el motivo.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerhealthcaritasvipacareplus.com**.



¿Qué pasa si decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección E3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.
- Si nos solicita un reembolso por un servicio o artículo que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si respondemos **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después de la revisión por parte de la IRE, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario..
- Si la IRE dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.) La carta que reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un monto mínimo determinado. Consulte la Sección I para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

Si respondemos **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Michigan Medicaid, puede solicitar una audiencia justa de la Oficina de audiencias y reglas administrativas de Michigan (MOAHR) o una revisión externa del Departamento de seguros y servicios financieros de Michigan (consulte la **Sección E4**).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos bajo receta. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que puede cubrir Michigan Medicaid. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipacareplus.com**.



El *Listado de medicamentos* incluye algunos medicamentos con un DP. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos del Nivel 3 siguen el proceso de la **Sección E**.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. Los siguientes son ejemplos de las decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción como:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en el *Listado de medicamentos* del plan
 - Nos solicita que no apliquemos una restricción del plan para la cobertura de un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).

NOTA: Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir, recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos solicita que paguemos un medicamento bajo receta que ya compró. Se trata de solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo solicitar las decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

Use el cuadro a continuación para ayudarlo a decidir qué sección tiene información para su situación:



¿En cuál de estas situaciones está?

<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestro <i>Listado de medicamentos</i> o necesita que no apliquemos una 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 F2. Consulte también las Secciones F3 y F4.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento del <i>Listado 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>Pase a la Sección F4.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que realicemos el 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>Pase a la Sección F4.</p>	<p>¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la forma en que querría que lo hiciéramos?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita que lo reconsideremos.)</p> <p>Pase a la Sección F5.</p>
---	---	--	--

F2. Qué es una excepción

Una excepción es el permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la manera que le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción.”

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta medicamentos tendrán que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.



- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, no se le cobrará.
2. Eliminar una restricción a nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B).
- Las normas y restricciones adicionales para la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - Tener la obligación de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (A veces se llama autorización previa)
 - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto a veces se llama “terapia escalonada”.)
 - Límites a la cantidad Nosotros limitamos la cantidad que podrá obtener de algunos medicamentos.

El término legal para solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.

F3. Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico u otro recetador debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que recete deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico u otro profesional que receta cuando solicita la excepción.

Por lo general, nuestro *Listado de medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo sería tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud para una excepción

- Si respondemos **Sí** a su solicitud para una excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Este es el caso siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.



- Si decimos **No** a su solicitud para una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección F5 explica cómo presentar una apelación si decimos **No**.

La sección siguiente explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que recete) pueden hacerlo. Puede comunicarse con nosotros al **1-888-667-0318 (TTY 711)**. Incluya su nombre, información de contacto, e información sobre la reclamación.
- Usted o su médico (u otro profesional que recete) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede tener a un abogado que actúe en su nombre.
- Lea la **Sección D** para averiguar cómo otorgar permiso a otra persona para que actúe como su representante.
- No es necesario que le dé a su médico u otra persona autorizada para recetar un permiso por escrito para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, de este manual. El Capítulo 7 describe las ocasiones en las que es posible que deba solicitar un reembolso. También indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que ya ha pagado.

A un vistazo: cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o pago

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para preguntar, o pídale a su representante, médico u otro profesional que recete que lo haga. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso de un medicamento de la Parte D que ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro profesional que recete.
- Usted, su médico u otro profesional que recete pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman dentro de las 24 horas.)
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límites de decisión.



- Si usted está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional que recete deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. A esto lo llamamos “declaración de respaldo”.

Su médico u otro profesional que receta el medicamento pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro profesional que recete pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos una declaración por fax o por correo postal.

Si su salud lo requiere, solicítenos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

Usaremos las “fechas límite estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a recibir la declaración de su médico.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si está solicitando un medicamento que todavía no ha recibido. (Usted no puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.)

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si utiliza las fechas límites estándar podría perjudicar gravemente su salud o dañar su capacidad de funcionar.**

Si su médico u otro profesional que recete nos informa que su salud exige una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida, y la carta se lo informará.

- Si usted solicita la decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro profesional que recete), decidiremos si su salud exige que le demos una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos las fechas límites estándar en su lugar.
 - Le enviaremos una carta informándole eso. La carta le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.



- Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja dentro de las 24 horas Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección J**.

Fecha límites para una “decisión de cobertura rápida”

- Si estamos utilizando las fechas límites rápidas, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. O, si solicita una excepción, esto significa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico o profesional que recete que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a todo o parte de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de su médico o recetador que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos las fechas límites estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. O, si solicita una excepción, esto significa dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico o recetador. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a todo o parte de lo que solicitó, debemos aprobar o brindar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o, si solicita una excepción, la declaración de respaldo de su médico o profesional que recete.



- **Si nuestra respuesta es No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud..
- Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a todo o parte de lo que solicitó, le haremos el pago dentro de los 14 días calendario.
- **Si nuestra respuesta es No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.



F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar su apelación, usted, su médico u otro recetador o su representante deben comunicarse con nosotros. incluya su nombre, información de contacto, e información sobre la reclamación.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-888-667-0318 (TTY 711)**.
- Si desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Haga su solicitud de apelación **dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso que le enviamos para informarle nuestra decisión. Si pierde este plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, una buena razón para no cumplir con la fecha límite sería si tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**.

A un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o profesional que recete, o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarla por correo postal o fax. También puede solicitar una apelación llamándonos.

- Pregunte **dentro de los 65 días calendario** posteriores a la decisión que está apelando. Si no cumple con la fecha límite por una buena razón, aún puede apelar.
- Usted, su médico o profesional que recete, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límites de decisión.

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D es “**redeterminación**” del plan.

Si lo desea, usted y su médico, u otro profesional que receta el medicamento, pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.



Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que recete, tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la **Sección F4**.

El término legal para "apelación rápida" es "redeterminación acelerada".

Nuestro plan revisará su apelación y le informará nuestra decisión

- Volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico, u otro profesional que receta el medicamento para obtener más información. El revisor será alguien que no tomó la decisión de cobertura original.

Fechas límites para una “apelación rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a todo o parte de lo que solicitó, debemos brindar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No** y cómo apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una “apelación estándar”

- Si usamos las fechas límites estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya compró. Si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si usted cree que su salud lo exige, debe solicitarnos una “apelación rápida”.



- Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a todo o parte de lo que solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar 7 días calendario después de recibir su apelación o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No** y cómo apelar nuestra decisión.

F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su apelación, puede elegir si acepta esta decisión o presenta otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito. La carta que enviamos sobre nuestra decisión en la apelación de Nivel 1 explicará cómo solicitar la apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación ante la IRE, les enviaremos el expediente de su caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso llamando a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**.
- Tiene derecho a brindarle a la IRE otra información para respaldar su apelación.

A un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de revisión independiente revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito.

- Pregunte **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la decisión que está apelando. Si no cumple con la fecha límite por una buena razón, aún puede apelar.
- Usted, su médico u otro profesional que recete, o su representante pueden solicitar la apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límites de decisión.

- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

El término legal para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de la Parte D es “reconsideración”.

Fechas límites para la “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de revisión independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE dice **Sí** a parte o todo lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la decisión.

Fechas límites para la “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos una droga que ya compraste.
- Si la IRE dice **Sí** a parte o todo lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente dice No a su apelación de Nivel 2?

No significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.



Si desea pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicita deben cumplir con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de Nivel 3. La carta que reciba de la IRE le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

G. Solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada

Cuando lo admiten en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios cubiertos de hospital necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su admisión hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. También ayudarán a arreglar la atención que puede necesitar después de salir.

- 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 están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una admisión hospitalaria más prolongada. Esta sección explica cómo solicitarla.

G1. Conocer sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, un asistente social o enfermero le dará un aviso llamado "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al 1-888-667-0318 (TTY 711). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. El "Mensaje importante" le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Tener derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
- 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 del hospital demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipacareplus.com**.



Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que está de acuerdo con la fecha de alta que le pudo haber dicho su médico o el personal del hospital.

Conserve su copia del aviso firmado para que tenga la información en él si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-888-667-0318 (TTY 711). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede encontrar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro o a Medicare a los números que aparecen arriba.

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización para la mejora de la calidad realizará la revisión de la apelación de Nivel 1 para averiguar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted

En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para la mejora de la calidad antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad.

- **Si llama antes de irse**, se le permite permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin pagar mientras espera recibir la decisión sobre su apelación de la Organización para la mejora de la calidad.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.

A un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de salir del hospital y antes de su fecha de alta planificada.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipacareplus.com.



Queremos asegurarnos de que comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**. También puede llamar al Programa de Asistencia de Michigan Medicare (MMAP) al 1-800-803-7174. También puede obtener ayuda del defensor del pueblo de MI Health Link llamando al 1-888-746-6456.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes le paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare.

Solicite una “revisión rápida”:

Debe pedirle a la Organización para la Mejora de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que le está pidiendo a la organización que utilice los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

El término legal para "revisión rápida" es "**revisión inmediata**".

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta planificada. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informan sobre su apelación, recibirá una carta con la fecha de alta planificada. La carta explica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que le den el alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación escrita se llama "**Aviso detallado de alta**". Puede obtener una muestra llamando a Servicios al Miembro al 1-888-667-0318 (TTY 711). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede encontrar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



¿Qué sucede si aceptan la apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad dice que **Sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si rechazan la apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad dice **No** a su apelación, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día después de que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad dice **No** y usted decide permanecer en el hospital, es posible que deba pagar por la continuación de su estadía en el hospital. El costo de la atención hospitalaria que posiblemente deba pagar comienza al mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha prevista de alta, usted puede presentar una apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha prevista de alta, usted puede presentar una apelación de Nivel 2. Deberá volver a ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la mejora de la calidad dijo **No** a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que la cobertura de la atención había terminado.

En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).



- Los revisores en la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad tomarán una decisión.

A un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si aceptan la apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos continuar proporcionando la cobertura de la atención hospitalaria siempre y cuando sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y pueden corresponder limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si rechazan la apelación?

Significa que la Organización para la mejora de la calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que reciba le dirá lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estadía después de la fecha prevista de alta.

H. Qué hacer si cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto

Esta sección solo trata sobre los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica en el hogar
- Atención de enfermería especializada en un establecimiento de enfermería especializada.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- La atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, 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 atención, 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 la cobertura para esa atención finaliza, dejaremos de pagar por su atención.

Si usted cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección explica cómo solicitar una apelación.

H1. Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días calendario antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con el plan de que es hora de dejar de recibir la atención.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar su atención.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención

Si usted cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo solicitar una apelación.

Antes de empezar su apelación, comprenda lo que tiene que hacer y cuáles son las fechas límites.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que corresponden a las cosas que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo con los plazos, puede presentar una queja. La Sección J le indica cómo presentar una queja.)
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**. O llame al Programa de Michigan Medicare/Asistencia (MMA) al 1-800-803-7174.



Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que tomamos. En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). La información sobre cómo apelar a la Organización para la mejora de la calidad también se encuentra en el Aviso de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le dijeron que dejaríamos de cubrir su atención.

A un vistazo: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para pedirle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 y solicite una "apelación rápida".

Llame antes de salir de la agencia o centro médico que le brinda atención y antes de la fecha de alta programada.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes le paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare.

¿Qué debe solicitar?

Pídales una "apelación por la vía rápida". Ésta es una revisión independiente de si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es su fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad a más tardar al mediodía del día posterior a la recepción del aviso por escrito que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención.
- Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nosotros en su lugar. Para obtener información sobre esta otra manera de realizar su apelación, consulte la Sección H4.

El término legal para el aviso escrito es "**Aviso de no cobertura de Medicare**". Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros al 1-888-667-0318

(TTY 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O encuentre una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la mejora de la calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura de los servicios debería continuar. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan debe escribirle una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad explicando por qué sus servicios deben finalizar.
- Los revisores también examinarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que les haya proporcionado nuestro plan.
- Dentro de un día completo después de que los revisores tengan toda la información que necesitan, le informarán su decisión. Recibirá una carta explicando la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué sus servicios deben finalizar es "**Explicación detallada de no cobertura**".

¿Qué sucede si los revisores dicen Sí?

- Si los revisores dicen que **Sí** a su apelación, entonces debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si los revisores dicen No?

- Si los revisores responden **No** a su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención.
- Si usted decide seguir recibiendo los servicios de cuidado médico domiciliario, la atención en un establecimiento de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que su cobertura finaliza, entonces usted deberá pagar el costo total de esta atención por su cuenta.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para la mejora de la calidad dijo **No** a la apelación **y** usted elige continuar recibiendo atención después de que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.



Durante la apelación de Nivel 2, la Organización para la mejora de la calidad volverá a analizar la decisión que tomaron en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la mejora de la calidad dijo **No** a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en que la cobertura de la atención había terminado.

A un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para exigir que el plan cubra su atención por más tiempo

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-524-9900 y solicite otra revisión.

Llame antes de salir de la agencia o centro médico que le brinda atención y antes de la fecha de alta programada.

- Los revisores en la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la mejora de la calidad tomará su decisión dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. Debemos continuar proporcionando la cobertura de la atención siempre y cuando sea médicamente necesaria.

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

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La carta que reciba le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.



I. Opciones de apelación después del Nivel 2 o apelaciones externas

I1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación interna o de Nivel 1 y una apelación externa o de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que reciba de la Entidad de revisión independiente le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado adjudicador. Si desea que un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revise su caso, el artículo o servicio médico que solicita debe cumplir con un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle a un ALJ o abogado adjudicador que escuche su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o del abogado adjudicador, puede acudir al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de eso, puede tener derecho a pedirle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el Defensor del pueblo de MI Health Link. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de Michigan Medicaid

También tiene más derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Michigan Medicaid.

Si su apelación fue a la Oficina de audiencias y reglas administrativas de Michigan (MOAHR) para una audiencia justa, MOAHR le enviará una carta explicando su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión final del MOAHR, tiene 30 días calendario 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 1-517-335-2484 para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir para calificar para una nueva audiencia/reconsideración.

Si su apelación fue al Departamento de seguros y servicios financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, DIFS le enviará una carta explicando 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 calendario 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.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipacareplus.com**.



J. Cómo presentar una queja

J1. ¿Qué tipo de problemas deberían ser quejas

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.

Quejas sobre la calidad

- No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas por mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o irrespetuoso con usted.
- El personal de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus lo trató mal.
- Crees que te están expulsando del plan.

Quejas sobre accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda las adaptaciones razonables que necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Quejas sobre tiempos de espera

- Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud o el departamento de Servicios al Miembro u otro personal del plan lo han hecho esperar demasiado.

Quejas sobre limpieza

- Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

A un vistazo: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna con nuestro plan y/o una queja externa con una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección J3.



Quejas sobre el acceso al idioma

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

Quejas sobre nuestras comunicaciones

- Cree que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Usted cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos.
- Cree que no remitimos su caso a la Entidad de revisión independiente a tiempo.

El término legal para una "queja" es una "**queja formal**".

El término legal para "presentar una queja" es "**presentar una queja formal**".

¿Existen diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Nuestro plan presenta y revisa una queja interna. Una queja externa es presentada y revisada por una organización que no está afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Defensor del pueblo de MI Health Link al 1-888-746-6456.

NOTA: Si vive en los condados de Macomb o Wayne, el PIHP brindará los servicios de salud conductual. Comuníquese con PIHP para obtener más información.

J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al Miembro al 1-888-667-0318 (TTY 711). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.



- Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si usted 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 (puede encontrar este número en su tarjeta de identificación de miembro)
 - La naturaleza de su queja
 - Cualquier información adicional, incluidas fechas, horas y personas y lugares involucrados.
 - Una vez completada, envíe su información a:

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus
Attn: Customer Experience, Grievances, and Complaints
PO Box 7140
London, KY 40742

El término legal para "queja rápida" es "queja formal acelerada".

Si es posible, le contestaremos inmediatamente. Si usted nos llama con una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica. Si su condición médica nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “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 parte o la totalidad de su queja, **se lo diremos** y le daremos nuestras razones. Debemos responder si aceptamos o no aceptamos la queja.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipacareplus.com**.



J3. Quejas externas

Puede informar a Medicare sobre su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no está abordando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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.

Puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos 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 para la Oficina de derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la Oficina de derechos civiles 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 comunicarse con el Departamento de Derechos Civiles de Michigan por teléfono al 517-335-3165 o en línea en www.michigan.gov/lara/about/contact-us. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-517-241-1965. También puede enviar un correo electrónico al MDCRServiceCenter@michigan.gov o por fax al 517-241-0546.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipacareplus.com.



También puede tener derechos según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y según la ley estatal. Puede comunicarse con el Defensor del pueblo de MI Health Link para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

Puede presentar una queja ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la Organización para la mejora de la calidad (sin presentarnos la queja).
- O puede presentarnos su queja a nosotros y a la Organización para la mejora de la calidad. Si usted presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para la mejora de la calidad 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 brindada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para la mejora de la calidad, consulte el Capítulo 2, Sección F.

En Michigan, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Puede informarle al Defensor el pueblo de MI Health Link sobre su queja

El Defensor el pueblo de MI Health Link también ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para asegurarse de que nuestros miembros obtengan todos los servicios cubiertos que estamos obligados a brindar. El defensor del pueblo de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono es 1-888-746-6456. Estos servicios son gratuitos.



Puede informar al estado de Michigan sobre su queja

Si tiene un problema con AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, puede comunicarse con el Departamento de seguros y servicios financieros de Michigan (DIFS) al 1-877-999-6442, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita. Puede enviar un correo electrónico a difs-HICAP@michigan.gov o por fax al 517-284-8837. También puede escribirnos a:

DIFS – Office of Consumer Services
P.O. Box 30220
Lansing, MI 48909-7720

Para quejas sobre cómo su proveedor sigue sus deseos, llame al 517-373-9196, ingrese en línea en www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-89334_72600_73836---,00 o escriba a:

Michigan Department of Licensing and Regulatory Affairs
Bureau of Professional Licensing
Enforcement Division
P.O. Box 30670
Lansing, MI 48909
Correo electrónico: BPL-Complaints@Michigan.gov

Envíe entregas nocturnas a:

Department of Licensing and Regulatory Affairs
Mail Services
2407 N. Grand River Avenue
Lansing, MI 48906

También puede llamar al 517-241-0205 o enviar un fax al 517-241-2389.

Para presentar una queja contra una enfermera con licencia, visite:

www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-72600_73836---,00

Para presentar una queja contra todos los demás profesionales de la salud con licencia, visite:

www.michigan.gov/documents/lara/lara_ED_200PKT_AllegationPkt_477156_7.pdf



Capítulo 10: Finalización de su membresía en AmeriHealth Caritas VIP Care Plus

Introducción

Este capítulo le informa cuándo y cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de que abandone nuestro plan. Si deja nuestro plan, igual seguirá inscrito en los programas Medicare y Michigan Medicaid siempre que usted sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan Medicare-Medicaid?	2
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	2
C. Cómo inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente	3
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Michigan Medicaid por separado	3
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	3
D2. Cómo obtener sus servicios de Michigan Medicaid.....	6
E. Continuar recibiendo sus productos y servicios sanitarios y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.....	6
F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía	7
G. Reglas en contra de pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	8
H. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	9
I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan	9



A. ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan Medicare-Medicaid?

Puede finalizar su membresía en el plan AmeriHealth Caritas VIP Care Plus Medicare-Medicaid en cualquier momento durante el año si se inscribe en otro plan Medicare Advantage, se inscribe en otro plan Medicare-Medicaid o se cambia a Original Medicare.

El cambio entrará en vigencia el primer día del próximo mes después de que recibamos su solicitud. Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Opciones de Medicare, consulte la tabla en la Sección D1.
- Servicios de Medicaid Michigan, consulte la tabla en la Sección D2.

Puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía llamando a:

- Michigan ENROLLS (Inscripciones en Michigan) al 1-800-975-7630 de lunes a viernes, 8 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP). En Michigan, el programa SHIP se conoce como Programa de Asistencia de Michigan Medicare (MMAP). Puede llamar a MMAP al 1-800-803-7174.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si está en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 de su *Manual del miembro* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, informe a Michigan Medicaid o Medicare que desea dejar AmeriHealth Caritas VIP Care Plus:

- Llame a Michigan ENROLLS al 1-800-975-7630 de lunes a viernes, 8 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897; **O**
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen 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 **Sección D1** encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



C. Cómo inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Michigan Medicaid juntos de un solo plan, puede inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente.

Para inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente:

- Llame a Michigan ENROLLS al 1-800-975-7630 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897. Dígales que desea desafilarse de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus e inscribirse en un plan Medicare-Medicaid diferente. Si tiene dudas acerca de qué plan elegir, el personal puede indicarle otros planes en su área.

Su cobertura con AmeriHealth Caritas VIP Care Plus finalizará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Michigan Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en un plan Medicare-Medicaid diferente luego de dejar AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, volverá a tener los servicios de Medicare y Michigan Medicaid por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Tendrá la opción de elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, finalizará automáticamente su membresía en nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



<p>1. Usted puede cambiarse a un plan médico de Medicare, como un plan Medicare Advantage o al Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (PACE)</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas o del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. En Michigan, el programa SHIP se conoce como Programa de Asistencia de Michigan Medicare (MMAP). <p>Se le dará de baja automáticamente en AmeriHealth Caritas VIP Care Plus cuando comience su nueva cobertura del plan.</p>
--	--



<p>2. Usted puede cambiarse a</p> <p>Original Medicare con un plan de medicamentos bajo receta de Medicare diferente</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas o del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. En Michigan, el programa SHIP se conoce como Programa de Asistencia de Michigan Medicare (MMAP). <p>Se le dará de baja automáticamente de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
--	--



<p>3. Usted puede cambiarse a</p> <p>Original Medicare sin un plan de medicamentos bajo receta de Medicare diferente</p> <p>NOTA: Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos bajo receta de Medicare diferente, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que informe a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos bajo receta si tiene cobertura de medicamentos a través de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre la necesidad de tener cobertura de medicamentos, llame al MMAP al 1-800-803-7174.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas o del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. En Michigan, el programa SHIP se conoce como Programa de Asistencia de Michigan Medicare (MMAP). <p>Se le dará de baja automáticamente de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
--	--

D2. Cómo obtener sus servicios de Michigan Medicaid

Si deja el plan Medicare-Medicaid, obtendrá los servicios de Michigan Medicaid a través de tarifa por servicio.

Sus servicios de Michigan Medicaid incluyen la mayoría de apoyos y servicios a largo plazo y atención de salud conductual. Si deja el plan Medicare-Medicaid, puede utilizar cualquier proveedor que acepte Michigan Medicaid.

E. Continuar recibiendo sus productos y servicios sanitarios y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Si deja AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, es posible que pase un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Michigan Medicaid. Durante este tiempo, debe continuar obteniendo su atención médica y medicamentos a través de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- Use a nuestros proveedores de red para recibir atención médica.
- **Use nuestras farmacias de la red incluido a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo para las obtener las recetas surtidas.**
- **Si le han hospitalizado el día que finaliza su membresía en AmeriHealth Caritas VIP Care Plus, nuestro plan cubrirá su hospital hasta que le den el alta.** Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía

Estos son los casos en los que AmeriHealth Caritas VIP Care Plus debe cancelar su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Michigan Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Michigan Medicaid.
 - Si pierde su elegibilidad para Michigan Medicaid pero puede esperar razonablemente recuperar la elegibilidad, 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 servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, es necesario que llame a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar donde se muda o viaja está en nuestra área de servicios.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para medicamentos recetados.
- 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 nos notificarán si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- Si, a sabiendas, no completa y envía el consentimiento necesario o autorización para que permitir al ICO y/u otros proveedores acceder a la atención médica y la información del servicio necesaria.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Michigan Medicaid:

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se está inscribiendo en nuestro plan y la información afecta su aptitud para nuestro plan.
- Si usted continuamente se comporta de mala manera 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.
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.

G. Reglas en contra de pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus podría no solicitar su desafiliación o pedirle que abandonara nuestro plan por algunas de las razones siguientes:

- Un cambio en su salud y/o debido a su uso de los servicios médicos
- Una capacidad mental reducida
- Un comportamiento poco cooperativo o disruptivo derivado de necesidades especiales (a menos que el comportamiento haga que resulte muy difícil para nosotros proporcionar los servicios a usted u otros miembros).
- Quiera tomar decisiones de tratamiento con los que ni nosotros ni ninguno de sus proveedores de atención médica asociados con nuestro plan están de acuerdo.

Si usted siente que le están solicitando que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También puede llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios al 1-800-642-3195 (o al 1-866-501-5656 para usuarios de TTY) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. También debe llamar al programa del defensor al pueblo de MI Health Link al 1-888-746-MHLO (1-888-746-6456) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O puede enviar un correo electrónico a help@MHLO.org.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



H. 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 una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9, Sección J, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Aviso sobre leyes	2
B. Aviso sobre no discriminación.....	2
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador	3



A. Aviso sobre leyes

Se aplican muchas leyes a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

Todas las empresas o agencias que trabajan con Medicare y Michigan Medicaid deben obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. No lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente debido a su edad, experiencia en reclamos, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad mental o física, origen nacional, raza, religión o sexo u orientación sexual.

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.
- También puede llamar al Departamento de Derechos Civiles de Michigan 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.

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus:

Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse bien. Estos incluyen lo siguiente:

- Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
- Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Provee servicios lingüísticos gratuitos (sin cargo) a personas cuyo idioma materno no es el inglés, como, por ejemplo:

- Intérpretes capacitados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TDD/TTY 711)**. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Si cree que AmeriHealth Caritas VIP Care Plus no proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de edad, experiencia en reclamos, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión o sexo, puede presentar una queja formal ante:

AmeriHealth Caritas VIP Care Plus
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 80109
London, KY 40742-0109

Teléfono: **1-888-667-0318 (TTY 711)**

Fax: **1-855-226-7301**

Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos electrónicamente a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

Detroit Service Center – Cadillac Place
3054 West Grand Boulevard, Suite 3-600
Detroit, MI 48202

Teléfono: 1-313-456-3700,
Sin cargo: 1-800-482-3604

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador

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 Compensación para trabajadores debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo el *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 más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios al Miembro.



Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.

Actividades de la vida diaria: Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Ayuda pagada pendiente: Puede seguir recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación o una audiencia justa. Esta cobertura continua se denomina "ayuda pagada pendiente".

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: Una forma de desafiar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

Producto biológico: Un medicamento con receta 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 pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Vea también "Producto biológico original" y "Biosimilar").

Biosimilar: Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los productos biosimilares son tan seguros y eficaces como los productos biológicos originales. Algunos productos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva. (Vea "Biosimilar intercambiable").

Medicamentos de marca: Medicamento recetado fabricado y vendido por la empresa que lo fabricó originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Coordinador de atención médica: 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: Un plan para los apoyos y servicios que recibirá y cómo los obtendrá.

Equipo de atención: Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a elaborar un plan de atención.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2, Sección G, explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Queja: Una declaración escrita o verbal que indique que tiene un problema o una inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer una queja formal".

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro médico que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Proporciona 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: Un pago que debe abonar para los servicios médicos, además del pago hecho por AmeriHealth Caritas VIP Care Plus. No debería tener la obligación de pagar ningún copago. Si recibe una factura para un copago, debería contactar con su coordinador/a médico/a.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9, Sección E, explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para abarcar a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, apoyos y servicios a largo plazo, insumos, 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.

Cancelación de la inscripción: El proceso de terminar su membresía en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (usted no lo decide).

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 en la Lista de medicamentos se encuentra en uno de tres niveles.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que su médico u otro proveedor de atención médica prescriben para usar en su hogar. Ejemplos de estos artículos incluyen silla de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, insumos para diabéticos, camas de hospital ordenadas 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.

Atención de emergencias: Servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica. La atención de emergencias incluye la atención en la sala de urgencias y transporte médico de urgencias.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Afección de emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida o trastorno graves de las funciones corporales. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor intenso.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: Servicios que su plan médico no cubre.

Ayuda Extra: 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 Extra también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Audiencia justa: Una oportunidad para que cuente su problema en una audiencia formal y demuestre que una decisión que tomamos es incorrecta.

Libertad para trabajar: Un programa que brinda cobertura médica a personas con discapacidades que trabajan en Michigan y que de otra manera no son elegibles para Medicaid. Las personas en el programa Freedom to Work [Libertad para Trabajar] obtienen cobertura completa de Medicaid a cambio de una prima mensual. Si tiene dudas sobre el programa Freedom to Work comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos (MDHHS) de Michigan. Puede encontrar la información de contacto de la oficina local del MDHHS visitando www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado que está aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Queja formal: Una queja que presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención.

Servicios y dispositivos de habilitación: Servicios/dispositivos de atención médica que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar habilidades y su desempeño en la vida cotidiana.

Seguro médico: Un tipo de cobertura de seguro que paga sus costos de salud y médicos.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyo y servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, cuenta con coordinadores de atención médica para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos estos grupos trabajan en conjunto para brindarle el cuidado que necesita.

Evaluación de riesgos de salud: Una revisión del historial médico y el estado actual de un paciente. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.



Auxiliar de salud en el hogar: Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). El asistente para la salud en el hogar no tiene habilitación de enfermería ni proporciona terapia.

Cuidado médico domiciliario: Servicios de atención médica que pueden proporcionarse en su hogar por una enfermedad o lesión.

Servicios para enfermos terminales: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda atención integral a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- AmeriHealth Caritas VIP Care Plus debe brindarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Hospitalización: Cuando se le admite en un hospital para servicios/tratamiento médicos:

Atención ambulatoria en hospital: Cualquier tratamiento/servicio médico que obtiene en un hospital y que no requiere hospitalización.

Facturación inadecuada/inapropiada: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura un monto superior al costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus cuando obtenga servicios o medicamentos recetados. Llame a Servicios al Miembro si recibe facturas que no comprende. Debido a que AmeriHealth Caritas VIP Care Plus paga el costo total de sus servicios, usted no debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Paciente hospitalizado: Un término usado cuando haya sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue admitido formalmente, es posible que se lo considere un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que se puede usar en la farmacia sin necesidad de una receta nueva ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial para la sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Listado de medicamentos cubiertos (*Listado de medicamentos*): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. El *Listado de medicamentos* le indica si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos. El *Listado de medicamentos* a veces se denomina "formulario".

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección a largo plazo. LTSS incluye servicios en hogares de ancianos, así como servicios en el hogar y en la comunidad. Los servicios basados en el hogar y la comunidad lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un hogar de ancianos u hospital.

Subsidio de bajos ingresos (LIS): Consulte "Ayuda Extra".

Médicamente necesario: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ingresar a un hospital o asilo de ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos deben cumplir con los estándares aceptados de la práctica médica. Un servicio específico se determina médicamente (clínicamente) apropiado, necesario para satisfacer las necesidades, de acuerdo con su diagnóstico o problema de salud, es la opción más rentable en el ambiente menos restrictivo y es consistente con los estándares clínicos de atención. La necesidad médica incluye aquellos apoyos y servicios diseñados para ayudarlo a alcanzar o mantener un nivel suficiente de funcionamiento que le permita vivir en su comunidad.

Medicare: El programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, 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").

Plan Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como "Medicare Parte C" o "Planes MA", que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la 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.

Afiliado de Medicare-Medicaid: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se denomina "persona con doble elegibilidad".

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los hospitales, centros de enfermería especializada, atención domiciliar y cuidados paliativos médicamente necesarios.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas 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: El programa de Medicare que permite que las compañías de seguros médicos privadas brinden beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Denominamos este programa “Parte D” para abreviar.) La Parte D cubre medicamentos bajo receta para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos insumos no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid. AmeriHealth Caritas VIP Care Plus incluye la Part D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

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

Manual del Miembro e información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o cláusula adicional, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Servicios al Miembro: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, Sección A, para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios al Miembro.

Michigan Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar apoyos y servicios a largo plazo y costos médicos. También cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Michigan Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección H, para obtener información sobre cómo comunicarse con Michigan Medicaid.

Red: El grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que proporcionan servicios cubiertos a nuestros miembros.

Farmacia de la red: Una 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, sus recetas médicas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para los profesionales de la salud y los proveedores de apoyo, como médicos, enfermeras practicantes, psicólogos, especialistas en audición, odontología o visión, enfermeras, farmacéuticos, terapeutas y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica; Equipo medico; salud del comportamiento, trastorno por uso de sustancias, discapacidad intelectual / del desarrollo y apoyos y servicios 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 el plan de salud y aceptan nuestro pago y no cobran a nuestros miembros una cantidad 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".

Proveedor no participante: Un proveedor que no forma parte de nuestra red.

Hogar de ancianos o centro médico: Un lugar que brinda atención a personas que no pueden obtener sus servicios en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Defensor del pueblo: Una 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 del pueblo son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el defensor del pueblo en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

Determinación de la organización: El plan ha tomado una determinación de la organización cuando él, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. A las determinaciones de la organización se las llaman “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9, Sección D, explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Producto biológico original: Un producto biológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve de comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y a 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: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico).

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



- 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: Una 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 a menos que correspondan ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro médico fuera de la red: Un 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, Sección 8, explica los proveedores o los centros médicos fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier fármaco o medicamento que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de la salud.

Parte A: Consulte la “Parte A de Medicare”.

Parte B: Consulte la “Parte B de Medicare”.

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".

Proveedor participante: Un proveedor que forma parte de nuestra red.

Monto de pago del paciente (PPA): La cantidad de dinero que se le puede pedir que pague por el tiempo que permanezca en un hogar de ancianos. Esta cantidad se basa en sus ingresos y es establecida por el estado.

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 el Aviso de prácticas de privacidad de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus para obtener más información sobre cómo AmeriHealth Caritas VIP Care Plus protege, usa y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Proceso de planificación centrado en la persona: Un proceso para planificar y apoyar a una persona que recibe servicios. El proceso se basa en el deseo del individuo de participar en actividades que promuevan la vida comunitaria y que respeten las preferencias, elecciones y habilidades del individuo. El individuo lidera el proceso de planificación centrado en la persona e involucra a familias, amigos, representantes legales y profesionales según lo desee o requiera el individuo.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor que consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud.

- 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 ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor médico.
- Consulte el Capítulo 3, Sección D, para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención médica.

Servicios médicos: Servicios de salud proporcionados por un médico.

Prima: El monto que debe pagar para una póliza de seguro de salud. No debe pagar una prima por su seguro con AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.

Medicamentos bajo receta: Un medicamento que requiere una receta médica de un profesional de la salud cualificado.

Médico de atención primaria: Un médico que proporciona y coordina los servicios médicos generales para pacientes.

Autorización previa (AP): Debe obtener una aprobación de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. Es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care Plus no cubra el servicio o el medicamento si usted no obtiene la aprobación.

Algunos servicios médicos de la red solo se cubren si su médico u otro proveedor de la red obtiene la autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección C.

Algunos medicamentos solo están cubiertos si usted obtiene autorización previa de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en el *Listado de medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en el sitio web del plan.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerhealthcaritasvipcareplus.com**.



Prótesis y aparatos ortopédicos: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos 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): Un 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 les paga para que controlen y mejoren la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, Sección F, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO para su estado.

Límites a la cantidad: Un límite en la cantidad de medicamento que puede consumir. Los límites pueden estar en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica.

Herramientas de beneficios en tiempo real: Un portal o una aplicación informática en la cual los inscritos pueden buscar información completa, oportuna, clínicamente apropiada, específica para los inscritos y relacionada con el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, 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: La necesidad de una referencia médica significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación antes de que pueda ver a alguien que no sea su PCP. Es posible que AmeriHealth Caritas VIP Care Plus no cubra los servicios si usted no obtiene esta aprobación. Usted no necesita obtener una referencia médica para determinados especialistas, como, por ejemplo, especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4.

Servicios de rehabilitación: El tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación mayor. Consulte el Capítulo 4, Sección D, para informarse más sobre los servicios de rehabilitación.

Autodeterminación: La autodeterminación es una opción disponible para los miembros que reciben servicios a través del programa de exención de servicios de atención domiciliaria y en la comunidad MI Health Link HCBS. Es un proceso que le permite planificar y ejercer control sobre su vida. Esto incluye administrar una cantidad de dinero fija para cubrir sus apoyos y servicios autorizados. A menudo, a esto se le conoce como "presupuesto individual". Si decide hacer esto, también tendrá control sobre la contratación y administración de proveedores.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Los planes que limitan cuáles médicos y hospitales pueden usar, generalmente se refieren al área donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener AmeriHealth Caritas VIP Care Plus.

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



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. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

Especialista: Un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo en particular.

Agencia estatal de Medicaid: El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan. Esta es la agencia que administra el programa Medicaid de Michigan, que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar la atención médica y los servicios y apoyos a largo plazo.

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que requiere que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas, o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Atención de urgencia: La atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener la atención necesaria urgentemente de nuestros proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a ellos por cuestiones de tiempo, lugar u otras circunstancias si no es posible o no es razonable obtener los servicios de los proveedores de nuestra red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicos por un problema repentino que no es una emergencia médica).

Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.amerihealthcaritasvipcareplus.com**.



Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Plus (Plan Medicare-Medicaid)

LLAME AL	1-888-667-0318 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Servicios al Miembro también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas sin cargo disponibles para personas que no hablen inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.
ESCRIBA	AmeriHealth Caritas VIP Care Plus P.O. Box 7075 London, KY 40742-7075
SITIO EN LÍNEA	www.amerihealthcaritasvipcareplus.com

243694700_SPN (12/2024)



Si tiene preguntas, llame a AmeriHealth Caritas VIP Care Plus al **1-888-667-0318 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.amerihealthcaritasvipcareplus.com.