Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para su cuidado de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos específicos y reglas que usted debe saber para obtener cuidado médico y otros servicios cubiertos por <plan name>. También le informa sobre su Administrador de cuidados, cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores, y bajo ciertas circunstancias especiales (incluyendo de proveedores o farmacias fuera de red), qué hacer cuando le facturan directamente por servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas para ser dueño de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés). Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del participante.

[The plan should refer Participants to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "see Chapter 9, Section A." An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*The plan must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template*.]

Tabla de contenido

[A. Información sobre “servicios,” “servicios cubiertos,” “proveedores” y “proveedores de la red” 4](#_Toc48641281)

[B. Reglas generales para obtener cuidado de salud, salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por <plan name> 4](#_Toc48641282)

[C. Su Equipo interdisciplinario (IDT) 6](#_Toc48641283)

[D. Su Administrador de cuidados 7](#_Toc48641284)

[D1. Lo que es un Administrador de cuidados 7](#_Toc48641285)

[D2. Quién obtiene un Administrador de cuidados 7](#_Toc48641286)

[D3. Cómo puede comunicarse con su Administrador de cuidados 8](#_Toc48641287)

[D4. Cómo puede cambiar su Administrador de cuidados 8](#_Toc48641288)

[E. Cuidados de un Proveedor de cuidado primario (PCP), especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 8](#_Toc48641289)

[E1. Cuidados de un Proveedor de cuidado primario (PCP) 8](#_Toc48641290)

[E2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 9](#_Toc48641291)

[E3. Qué hacer cuando un proveedor se retira de nuestro plan 9](#_Toc48641292)

[E4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 10](#_Toc48641293)

[F. Cómo obtener una aprobación para servicios y artículos que requieren autorización previa 10](#_Toc48641294)

[F1. Servicios que puede obtener sin recibir una aprobación previa 11](#_Toc48641295)

[G. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 12](#_Toc48641296)

[H. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 12](#_Toc48641297)

[I. Cómo obtener cuidados autodirigidos 13](#_Toc48641298)

[I1. Servicios de autodirección en casa y en la comunidad (HCBS) 13](#_Toc48641299)

[I2. Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS) 14](#_Toc48641300)

[J. Cómo obtener servicios de transporte 14](#_Toc48641301)

[K. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere cuidado necesario de urgencia o durante un desastre 14](#_Toc48641302)

[K1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica 15](#_Toc48641303)

[K2. Cuidado necesario de urgencia 16](#_Toc48641304)

[K3. Cuidados durante un desastre 17](#_Toc48641305)

[L. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan 17](#_Toc48641306)

[L1. Qué hacer si los servicios o artículos no son cubiertos por nuestro plan 18](#_Toc48641307)

[M. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica 18](#_Toc48641308)

[M1. Definición de un estudio de investigación clínica 18](#_Toc48641309)

[M2. Pago por servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 19](#_Toc48641310)

[M3. Más información sobre estudios de investigación clínica 19](#_Toc48641311)

[N. Cómo sus servicios de salud están cubiertos cuando usted está en una institución religiosa no médica para cuidados de salud 20](#_Toc48641312)

[N1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud 20](#_Toc48641313)

[N2. Recibiendo cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud 20](#_Toc48641314)

[O. Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) 21](#_Toc48641315)

[O1. Equipo médico duradero (DME) como participante de nuestro plan 21](#_Toc48641316)

[O2. Apropiación de DME cuando pierde su cobertura de Medicaid y se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage 22](#_Toc48641317)

[O3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como participante de nuestro plan 22](#_Toc48641318)

[O4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 23](#_Toc48641319)

[P. Cómo recibir sus servicios de Medicare y Medicaid si usted deja nuestro Plan FIDA-IDD 24](#_Toc48641320)

[P1. Cómo recibirá sus servicios de Medicare 24](#_Toc48641321)

[P2. ¿Cómo recibirá servicios de Medicaid? 25](#_Toc48641322)

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

Servicios y artículos incluyen cuidados médicos, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), suministros, cuidado de salud del comportamiento, medicamentos de receta y medicamentos de venta sin receta médica (OTC), equipo médico y otros servicios.

Los servicios y artículos cubiertos son cualquiera de estos servicios y artículos por los cuales <plan name> paga. Los cuidados de salud y LTSS cubiertos incluyen aquellos que aparecen en la Tabla de artículos y servicios cubiertos del Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable] y cualquier otro servicios que <plan name>, su IDT o un proveedor autorizado decidan que son necesarios para su cuidado.

Los proveedores son los médicos, enfermeras y otras personas que le dan servicios y cuidado. El término proveedorestambién incluye hospitales, agencias de cuidados de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios, equipo médico y LTSS.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos envían facturas directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted va a un proveedor de la red, usted no debe pagar por los servicios o artículos cubiertos.

# B. Reglas generales para obtener cuidado de salud, salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por <plan name>

<Plan name> cubre todos los servicios y artículos cubiertos por Medicare y Medicaid, además de algunos servicios y artículos adicionales disponibles a través del programa FIDA-IDD. Estos incluyen salud del comportamiento, y LTSS.

<Plan name> por lo general pagará los servicios y artículos que usted necesite si sigue las reglas del plan a continuación, sobre cómo obtenerlos. Qué será cubierto por nuestro plan:

* El cuidado que reciba debe ser un **servicio o artículo cubierto por el plan.** Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de artículos y servicios cubiertos del plan. (La tabla está en el Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable] de este Manual). Otros servicios y artículos no anotados en la tabla también podrían estar cubiertos si su Equipo interdisciplinario (IDT) determina que son necesarios para usted.
* El cuidado debe ser **médicamente necesario.** Médicamente necesario significa aquellos servicios y artículos necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar las condiciones médicas que usted tenga y que causen sufrimiento agudo, pongan en peligro su vida, tengan como resultado enfermedad o dolencias, interfieran con su capacidad de actividad normal o le amenacen con una discapacidad significativa. Esto incluye cuidados que prevengan que usted sea internado en un hospital o en un centro de enfermería. Esto también significa los servicios, suministros o medicamentos que cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica.
* Usted tendrá un **IDT**. Su IDT evaluará sus necesidades, trabajará con usted y/o su designado, para planificar su cuidado y sus servicios y para asegurarse que usted reciba el cuidado y servicios necesarios. Usted puede encontrar más información sobre el IDT en la Sección C [plan may insert reference, as applicable]*.*
  + En la mayoría de los casos, usted deberá obtener aprobación de <plan name>, su IDT o un proveedor autorizado, antes de poder acceder a los servicios y artículos cubiertos. Esto se llama autorización previa. Para informarse más sobre autorizaciones previas, vaya a la página <page number>.
  + Usted no necesitará autorización previa para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia o para ver a un especialista en salud de la mujer. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin tener que obtener una autorización previa. Para informarse más al respecto, vaya a la página <page number>.
* Usted tendrá un **Administrador de cuidados**, que servirá como su punto de contacto principal con su IDT. Usted puede obtener más información sobre el Administrador de cuidados en la Sección D [plan may insert reference, as applicable].
* Usted debe elegir un proveedor de la red para que le sirva como su **Proveedor de cuidado primario (PCP).** Su PCP también será un miembro de su IDT. Para obtener más información sobre cómo elegir o cambiar un PCP, vaya a la página <page number>.
* **Usted debe recibir sus servicios y artículos de proveedores de la red**. Por lo general, <plan name> no cubrirá servicios o artículos de proveedores que no se hayan unido a la red de <plan name>. Los siguientes son algunos casos en los cuales esta regla no se aplica:
  + El plan cubre cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir emergencia o cuidado necesario de urgencia, vaya a la Sección K, página <page number>.
  + Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, usted puede obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. En este caso, cubriremos el cuidado como si lo hubiera recibido de proveedores de la red y sin ningún costo para usted. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, vaya a la Sección E, página <page number>.
  + El plan cubre servicios y artículos de proveedores y farmacias fuera de la red, cuando no haya un proveedor o farmacia de la red disponibles a una distancia razonable de su hogar.
  + El plan cubre servicios de diálisis cuando usted esté fuera del área de servicio del plan durante un corto tiempo. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
  + Cuando se une por primera vez al plan, usted puede seguir visitando a los proveedores que visita actualmente, durante el “período de transición”. En la mayoría de los casos, el período de transición dura 90 días o hasta que el Plan de vida sea terminado e implantado, lo que ocurra más tarde. No obstante, su proveedor fuera de la red debe aceptar proporcionarle tratamiento continuo y aceptar los pagos de acuerdo a nuestras tarifas. Después del período de transición, ya no cubriremos su cuidado si sigue viendo proveedores fuera de la red.
  + Si usted está recibiendo servicios de un proveedor de salud del comportamiento en el momento de su inscripción, usted puede seguir recibiendo servicios de ese proveedor hasta que se complete el tratamiento, pero no por más de dos años.
  + Si vive en una residencia certificada por Office for People With Developmental Disabilities (OPWDD, Oficina para personas con discapacidades del desarrollo) usted podrá seguir recibiendo servicios residenciales de su proveedor actual, siempre y cuando usted siga viviendo allí.

# C. Su Equipo interdisciplinario (IDT)

Cada participante tiene un IDT. Su IDT incluirá a las siguientes personas, como lo determine su Administrador de cuidados del plan FIDA-IDD:

* Usted y la persona que le cuida, tutor o su designado;
* Su Administrador de cuidados; **y**
* Sus proveedores de cuidado primario de servicios para discapacidades del desarrollo, quienes tienen conocimiento de sus necesidades de servicios.

Su IDT también puede incluir a las siguientes personas:

* Su Profesional de salud del comportamiento, si lo tiene, o un designado con experiencia clínica del consultorio de su profesional de salud del comportamiento, que tenga conocimiento de sus necesidades.
* Su asistente de cuidados en el hogar o una persona designada con experiencia clínica de la agencia de cuidados en el hogar, que tenga conocimiento de sus necesidades, si usted está recibiendo cuidados en su hogar y aprueba la participación del asistente o persona designada para los cuidados en el hogar en el IDT;
* Otros proveedores, pedidos por usted, la persona que le cuida, tutor o su designado, o de acuerdo con lo recomendado por los miembros del IDT, como sea necesario para la planificación adecuada de su cuidado y aprobado por usted, la persona que le cuida, tutor o su designado:
* Su PCP, incluyendo un médico, enfermera practicante, asistente médico o especialista que haya aceptado servir como su PCP o un designado del consultorio de su PCP con experiencia clínica (como una enfermera registrada, enfermera practicante o asistente médico) y con conocimiento de sus necesidades; **y**
* Un representante clínico de su institución de cuidados intermedios (ICF), si recibe cuidados de ICF.

El Administrador de cuidados del plan FIDA-IDD es el director del IDT. Su IDT realiza la planificación de sus servicios y desarrolla el Plan de vida. Su IDT autoriza los servicios de su Plan de vida. Estas decisiones no pueden ser cambiadas por <plan name>. Durante las reuniones de IDT, <plan name> puede autorizar otros servicios además de aquellos servicios de su Plan de vida.

# D. Su Administrador de cuidados

## D1. Lo que es un Administrador de cuidados

El Administrador de cuidados del Plan FIDA-IDD coordina a su IDT. El Administrador de cuidados garantizará la integración de sus servicios médicos, de trastornos del desarrollo, de salud del comportamiento, de uso de sustancias, de instituciones con base en la comunidad o en instituciones de LTSS y sus necesidades sociales. El Administrador de cuidados coordinará estos servicios según lo especificado en su Plan de vida.

## D2. Quién obtiene un Administrador de cuidados

Todos los participantes tienen un Administrador de cuidados. La asignación o selección de su Administrador de cuidados ocurre cuando usted se inscribe en <plan name>.

## D3. Cómo puede comunicarse con su Administrador de cuidados

Cuando se le asigne o seleccione un Administrador de cuidados, <plan name> le dará a usted la información de contacto de su Administrador de cuidados. Servicios al participante también le dará esta información en cualquier momento durante su participación en <plan name>.

## D4. Cómo puede cambiar su Administrador de cuidados

Usted puede cambiar su Administrador de cuidados en cualquier momento, pero tendrá que elegir de una lista de Administradores de cuidados de <plan name>. Si el número de casos del Administrador de cuidados se lo permite, <plan name> deberá cumplir con su pedido. Para cambiar de Administrador de cuidados, comuníquese con Servicios al participante al <phone number>, <days and hours of operation>.

# E. Cuidados de un Proveedor de cuidado primario (PCP), especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red

## E1. Cuidados de un Proveedor de cuidado primario (PCP)

Usted debe elegir un PCP para proveer y administrar sus cuidados. <Plan name> le ofrecerá la opción de tres PCP para que usted elija. Si usted no elige un PCP, se le asignará uno. Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento, comunicándose con Servicios al participante al <toll free number>, <days and hours of operation>.

Lo que es un “PCP” y lo que un PCP hace por usted

Su PCP es su médico principal, quien será responsable de proveer muchos de sus servicios de cuidados preventivos y primarios. Su PCP será parte de su IDT. Su PCP participará en el desarrollo de su Plan de vida, tomará determinaciones de cobertura como miembro de su IDT y recomendará o pedirá muchos de los servicios y artículos que su IDT o <plan name> autorizarán.

Su opción de PCP

Le daremos la opción de por lo menos tres PCP para elegir. Si usted no elige un PCP, le asignaremos uno. Al asignarle un PCP, consideraremos qué tan lejos se encuentra el PCP de su hogar, todas las necesidades especiales de cuidados de salud y necesidades especiales de idioma que usted tenga.

Si usted ya tiene un PCP cuando se una al plan y éste todavía no tiene un acuerdo con nosotros para participar en nuestra red, trabajaremos con ese PCP para ayudarle a unirse a nuestra red para que usted pueda seguir viéndole. No obstante, si éste se niega o no puede unirse a nuestra red, usted podrá seguir viendo ese PCP durante el período de transición (vaya a la página <page number> para más información).

Cuándo una clínica puede ser su PCP

Su PCP no puede ser una clínica y debe ser un tipo específico de proveedor que cumpla con ciertos requisitos. Si el PCP trabaja en una clínica y cumple con los criterios de alguna otra manera, ese proveedor podrá ser designado como PCP.

La opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Sólo llame a <plan name> y pida un PCP nuevo. El plan procesará su pedido y le dirá la fecha de comienzo del cambio, la que será en cinco días desde su pedido.

Si su PCP actual deja nuestra red o de otra manera deja de estar disponible, <plan name> le proveerá a usted la oportunidad de seleccionar un PCP nuevo.

## E2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad en particular o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

* Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
* Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
* Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

<Plan name> o su IDT autorizará consultas con el especialista apropiado para sus condiciones. El acceso a los especialistas debe ser aprobado por <plan name> o su IDT, a través de una autorización permanente o aprobación previa de un número fijo de consultas al especialista. Esta información se incluirá en su Plan de vida.

## E3. Qué hacer cuando un proveedor se retira de nuestro plan

[Plan may edit this section if it is obligated under state Medicaid programs to have a transition benefit when a doctor leaves the plan.]

Es posible que un proveedor de la red que usted esté usando, se retire de nuestro plan. Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

* Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle acceso sin interrupciones a proveedores calificados.
* Realmente nos esforzaremos para avisarle con, al menos, 30 días de anticipación, para que usted tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
* Le ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo, para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
* Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir y nosotros trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo.
* Si le parece que no hemos reemplazado su proveedor anterior por otro proveedor calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una **apelación** sobre nuestra decisión.

Si se entera que alguno de sus proveedores abandonará nuestro plan, por favor comuníquese con nosotros para poder ayudarle a encontrar un proveedor nuevo que administre su cuidado. [Plan should provide contact information for assistance.]

## E4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red

Si usted necesita cuidados cubiertos por nuestro plan y sus proveedores de la red no pueden dárselos, usted puede obtener permiso de <plan name> o de su IDT para obtener los cuidados de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos los cuidados como si los hubiera recibido de un proveedor de la red y sin costo para usted. [Plan should describe the process for getting approval to see an out-of-network provider.]

Recuerde que cuando usted se una al plan por primera vez, usted podrá seguir viendo, durante el "período de transición", a los proveedores que usted tiene ahora. En la mayoría de los casos, el período de transición durará 90 días o hasta que su Plan de vida sea terminado e implantado, lo que ocurra más tarde. Durante el período de transición, nuestro Administrador de cuidados se comunicará con usted para ayudarle a encontrar y cambiar a proveedores de nuestra red. Después del período de transición, ya no pagaremos por cuidados si sigue viendo proveedores fuera de la red, a menos que <plan name> o su IDT le hayan autorizado a seguir viendo al proveedor fuera de la red.

Si tiene que visitar a un proveedor fuera de la red, por favor trabaje con <plan name> o su IDT para obtener la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red y para encontrar uno que cumpla con los requisitos aplicables de Medicare o Medicaid.

* Si visita a un proveedor fuera de la red sin obtener la aprobación del Plan o del IDT, usted podría tener que pagar el costo total de los servicios que reciba.
* Los proveedores deberán avisarle si no son elegibles para participar en Medicare.

# F. Cómo obtener una aprobación para servicios y artículos que requieren autorización previa

Su IDT es responsable de autorizar todos los servicios y artículos que puedan anticiparse durante el desarrollo de su Plan de vida. <Plan name> y ciertos proveedores autorizados son responsables de autorizar la mayoría de los servicios y artículos de cuidados de salud que usted pueda necesitar durante las reuniones de planificación de servicios del IDT y las actualizaciones del Plan de vida. Estos son servicios y artículos que posiblemente no se hayan podido planificar o predecir y por eso no fueron incluidos en su Plan de vida.

## F1. Servicios que puede obtener sin recibir una aprobación previa

En la mayoría de los casos, usted necesitará la autorización de <plan name> su IDT o ciertos proveedores autorizados antes de ver a otros proveedores. Esta autorización se llama "autorización previa". Usted podrá obtener servicios como los mencionados a continuación, sin necesidad de obtener una autorización previa:

* Servicios de emergencia de proveedores de la red y fuera de la red.
* Cuidado necesario de urgencia de proveedores de la red.
* Cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda llegar a proveedores de la red, porque usted está fuera del área de servicio del plan.
* Servicios de diálisis que reciba en una institución para diálisis, certificada por Medicare, cuando usted esté fuera del área de servicio del plan. (Por favor llame a Servicios al participante antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera del área.)
* Inmunizaciones, incluyendo vacunas contra la gripe [*insert if applicable:* vacunas contra hepatitis B y vacunas contra la neumonía] [*insert if applicable:* siempre que las obtenga de un proveedor de la red].
* Cuidado de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de seno, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y del cuello del útero [insert if applicable: siempre que los obtenga de un proveedor de la red].
* Consultas con un PCP.
* Cuidados paliativos.
* Otros servicios preventivos.
* Servicios en instalaciones de agencias de salud pública, para detección, diagnosis y tratamiento de tuberculosis, incluyendo Terapia observada directamente (TB/DOT).
* Servicios de cuidado de la vista a través de clínicas Artículo 28 que proveen servicios de optometría y están afiliadas al Colegio de optometría de la Universidad del estado de New York, para obtener los servicios de optometría cubiertos.
* Servicios dentales a través de clínicas Artículo 28, operadas por Centros académicos dentales.
* Rehabilitación cardíaca para la primera etapa de tratamiento (se necesita la autorización de un médico o de un profesional enfermero (RN) para las etapas de tratamiento que siguen a la primera etapa).
* Servicios complementarios de educación, bienestar y administración de salud.
* Además, si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de salud para nativos americanos, usted podrá ver a estos proveedores sin aprobación de <plan name> o su IDT.

# G. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

Los LTSS basados en la comunidad consisten en una variedad de servicios médicos, de habilitación, rehabilitación, cuidados en el hogar o servicios sociales que la persona necesita durante meses o años, para mejorar o mantener la funcionalidad o la salud. Estos servicios son proporcionados en el hogar de la persona o en un entorno basado en la comunidad. Los LTSS basados en una institución son los servicios prestados en un ICF o en otro entorno de cuidados residenciales a largo plazo.

Como participante en <plan name>, usted recibirá una evaluación completa de sus necesidades, incluyendo si necesita LTSS basados en la comunidad o en una institución. Todas las necesidades identificadas en su evaluación, serán incorporadas en su Plan de vida. Su Plan de vida describirá qué LTSS recibirá, de quién y con qué frecuencia.

Si usted tiene un plan de servicio preexistente anterior a su inscripción en <plan name>, usted seguirá recibiendo todos los LTSS basados en la comunidad o en una institución, incluidos en el plan preexistente. Cumpliremos con su plan de servicios preexistente durante 90 días o hasta que su Plan de vida sea finalizado e implantado, lo que ocurra más tarde.

Si tiene alguna pregunta sobre LTSS, comuníquese con Servicios al participante o con su Administrador de cuidados.

# H. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

[The plan may provide applicable information about getting behavioral health services. such as adding contact information for a behavioral health vendor.]

Los servicios de salud del comportamiento consisten de una variedad de servicios que pueden respaldar las necesidades de salud mental y de abuso de sustancias que usted pueda tener. Este respaldo puede incluir respaldo emocional, social, educativo y servicios de recuperación, además de los servicios siquiátricos o médicos más tradicionales.

Como participante en <plan name>, usted recibirá una evaluación completa de sus necesidades, incluyendo sus necesidades de servicios de salud del comportamiento. Todas sus necesidades identificadas en su evaluación, serán atendidas en su Plan de vida. Su Plan de vida describirá qué servicios de salud del comportamiento recibirá, de quién y con qué frecuencia.

Si usted está recibiendo servicios de un proveedor de salud del comportamiento en el momento de su inscripción en <plan name>, usted puede seguir recibiendo todos los servicios de ese proveedor hasta que el tratamiento sea completo, pero no por más de dos años. Este es el caso incluso si su proveedor no participa en la red de <plan name>.

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de salud del comportamiento, comuníquese con Servicios al participante o con su Administrador de cuidados.

# I. Cómo obtener cuidados autodirigidos

[Plan may provide additional applicable information about what self-directed care is and how Participants can get it.]

## I1. Servicios de autodirección en casa y en la comunidad (HCBS)

La opción de servicios de autodirección de HCBS está a su disposición si usted está inscrito en el programa integral de excepción HCBS. La autodirección puede ser la correcta si usted puede tomar sus propias decisiones (o pueden tomarlas su tutor o designado) y está preparado para tener más responsabilidades en la administración de su personal y servicios.

Los servicios de autodirección le dan la flexibilidad de elegir la combinación de respaldos y servicios correctos, para que usted pueda **vivir la vida que usted quiere.** Con autodirección, usted elije sus servicios, el personal y las organizaciones que los proporcionan y el mejor horario para usted. La autodirección le da el poder de diseñar los respaldos en función a sus capacidades y necesidades únicas.

Si elige la autodirección, usted recibirá ayuda y respaldo de un Agente fiscal intermediario (FI) y de respaldo. Además usted puede contratar una persona para que le ayude con la papelería, capacitación y otras actividades de respaldo de personal. La autodirección le da la oportunidad de hacerse responsable del personal y los servicios que usted recibe.

Durante las reuniones de su IDT, su Administrador de cuidados y su IDT revisarán las opciones de autodirección disponibles para usted, le explicarán qué servicios de HCBS pueden ser autodirigidos y cómo comenzar. Usted puede elegir esta opción en cualquier momento, comunicándose con su Administrador de cuidados.

## I2. Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS)

Usted tiene la oportunidad de dirigir sus propios servicios a través del programa CDPAS.

Si usted tiene una enfermedad crónica o está discapacitado físicamente o si tiene necesidad de ayuda médica con las actividades de la vida diaria (ADL) o de servicios de enfermería especializada, usted puede obtener servicios a través del programa CDPAS. Los servicios pueden incluir cualquiera de los servicios proporcionados por un asistente de cuidado personal (asistente en el hogar), un auxiliar de salud en el hogar o enfermera. Usted tiene la flexibilidad y libertad de elección de las personas que le cuiden.

Usted debe poder y querer tomar decisiones informadas en cuanto a la administración de los servicios que usted reciba o tener un tutor legal o familiar designado u otro adulto que pueda y quiera tomar decisiones informadas.

Usted o su designado también deben ser responsables de reclutar y contratar, capacitar, supervisar y despedir personas que le cuiden y deberá hacer los arreglos de cobertura suplente cuando sea necesario, hacer los arreglos y coordinar otros servicios y llevar los registros de pagos.

Su Administrador de cuidados y su IDT revisarán la opción CDPAS con usted durante sus reuniones de IDT. Usted puede seleccionar esta opción en cualquier momento comunicándose con su Administrador de cuidados.

# J. Cómo obtener servicios de transporte

<Plan name> le proporcionará transporte de emergencia y regular. Su IDT discutirá con usted sus necesidades de transporte y planificará con usted cómo satisfacerlas. Llame a su Administrador de cuidados en cualquier momento que necesite transporte para visitar algún proveedor para obtener servicios y artículos cubiertos.

La cobertura de transporte incluye un asistente de transporte para acompañarle a dónde sea necesario.

El transporte también está disponible a eventos o servicios no médicos, como servicios religiosos, actividades comunitarias o supermercados.

# K. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere cuidado necesario de urgencia o durante un desastre

## K1. Cuidados cuando tiene una emergencia médica

Definición de una emergencia médica

Una emergencia médica es una enfermedad con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resultase en:

* riesgo grave para su salud o la del feto, **o**
* daños graves a las funciones del cuerpo, **o**
* disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo, **o**
* en el caso de una mujer embarazada o en trabajo de parto activo, cuando:
  + no hay tiempo suficiente para transferirle sin riesgo a otro hospital antes del parto.
  + el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.

Qué hacer si tiene una emergencia médica

Si usted tiene una emergencia médica:

* **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted no tiene que obtener primero una aprobación de <plan name> o su IDT.
* **Asegúrese de informar a nuestro plan tan pronto como pueda de su emergencia.** Tenemos que darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra personadeberá llamar para avisarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, a más tardar en 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por servicios de emergencia porque se retrasó en avisarnos. [The plan must either provide the phone number and days and hours of operation or explain where to find the number (e.g., on the back of your Participant ID Card).]

Servicios cubiertos en una emergencia médica

[If the plan covers emergency medical care outside the United States or its territories through Medicaid, it may describe this coverage based on the state Medicaid program coverage area. The plan must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]

[The plan may modify the following sentence to identify whether this coverage is within the United States and its territories or world-wide emergency/urgent coverage:] Usted podrá obtener cuidado de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, <plan name> la cubrirá. Para obtener más información, lea la Tabla de servicios y artículos cubiertos en el Capítulo 4 [plan may insert reference, as applicable].

Si usted tiene una emergencia, su Administrador de cuidados hablará con los médicos que le den cuidado de emergencia. Esos médicos le avisarán a su Administrador de cuidados cuando termine su emergencia médica.

[The plan may modify this paragraph as needed to address the post-stabilization care for your plan.] Cuando termine la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurarse que se mejore. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por <plan name>. Si obtiene cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, su Administrador de cuidados tratará de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su cuidado, lo más pronto posible.

Obteniendo cuidado de emergencia si no era una emergencia médica

A veces puede ser difícil saber si se tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Usted podría pedir cuidado de emergencia, pero el médico podría decir que realmente no era una emergencia. Si es razonable que usted haya creído que su salud corría un riesgo grave, cubriremos su cuidado.

Sin embargo, después de que el médico diga que *no* era una emergencia, cubriremos su cuidado adicional,sólosi:

* usted visita a un proveedor de la red, **o**
* el cuidado adicional que reciba es considerado “cuidado necesario de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esa atención. (Lea la siguiente sección.)

## K2. Cuidado necesario de urgencia

Definición del cuidado necesario de urgencia

El cuidado necesario de urgencia es cuidado que se recibe por una enfermedad, lesión o enfermedad repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo una enfermedad existente se puede agudizar y requerir tratamiento urgente.

Cuidado necesario de urgencia cuando está en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos el cuidado necesario de urgencia, sólosi usted:

* recibe este cuidado de salud de proveedores de la red, **y**
* sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede visitar a un proveedor de la red, cubriremos el cuidado necesario de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

[The plan must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a nurse hotline, etc.).]

Cuidado necesario de urgencia cuando está fuera del área de servicio del plan

Cuando está fuera del área de servicio del plan, podría no ser posible que obtenga cuidado de proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado de urgencia necesario que usted reciba de cualquier proveedor.

[If the plan covers urgently needed care outside the United States or its territories through Medicaid, it may describe this coverage based on the state Medicaid program coverage area.]

Nuestro plan no cubre el cuidado necesario de urgencia, ni cualquier otro cuidado [insert if plan covers emergency care outside of the United States and its territories: que no sea de emergencia] que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

## K3. Cuidados durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de U.S. Health and Human Services o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o estado de emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a cuidado de <plan name>.

Por favor visite nuestro sitio web para encontrar información sobre cómo obtener cuidado necesario durante un desastre declarado: <web address>. [In accordance with 42 CFR 422.100(m), the plan is required to include on their web page, at a minimum, information about coverage of benefits at non-contracted facilities without required prior authorization; terms and conditions of payment for non-contracted providers; and each declared disaster’s start and end dates.]

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, permitiremos que usted reciba cuidado de proveedores fuera de la red con la [insert as applicable: cuota de costo compartido dentro de la red **or** sin costo para usted]*.* Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Para más información, por favor lea el Capítulo 5.

# L. Qué hacer si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan

Los proveedores no deben facturarle directamente a usted por servicios o artículos cubiertos. Los proveedores sólo pueden facturar a <plan name> por el costo de sus servicios y artículos cubiertos. Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla a <plan name>, usted puede enviarla a nuestras oficinas para que la paguemos. **Usted no debe pagar la factura. Pero si lo hace, usted tiene derecho a que se le reembolse el pago.**

Si pagó por sus servicios o artículos cubiertos o si recibió una factura por servicios o artículos cubiertos, lea **el Capítulo 7** [plan may insert reference, as applicable] **para saber qué hacer.**

## L1. Qué hacer si los servicios o artículos no son cubiertos por nuestro plan

<Plan name> cubre todos los servicios y artículos:

* que sean médicamente necesarios, **y**
* que aparezcan en la Tabla de servicios y artículos cubiertos por plan o que su IDT determine como necesarios para usted (lea el Capítulo 4 [*plan may insert reference, as applicable*]), **y**
* que usted reciba al seguir las reglas del plan.

Si usted obtiene servicios o artículos que no tienen cobertura de <plan name>, **tendrá que pagar el costo total usted mismo.**

Si quiere saber si pagaremos por algún servicio o artículo, usted tiene derecho a preguntarnos. Usted también tiene derecho a preguntarnos por escrito. Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 [the plan may insert reference, as applicable] explica qué hacer si desea que el plan pague por un servicio o artículo. También le dice cómo apelar una decisión sobre un servicio. Usted también puede llamar a Servicios al participante para saber más sobre sus derechos para apelar.

Si usted no está de acuerdo con alguna decisión tomada por el plan, usted puede comunicarse con Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) para que le ayuden con su decisión de apelar. ICAN ofrece información y asistencia gratuitas. Usted puede llamar a ICAN al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las indicaciones para llamar al 844-614-8800), de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm.

# M. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica

## M1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (conocido también como una prueba clínica) es una de las formas en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Ellos solicitan voluntarios para el estudio. Este tipo de estudios ayuda a los médicos a decidir si una forma nueva de cuidado de salud o medicamento funciona y si son seguros.

Una vez que Medicare [if the plan conducts or covers clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan]apruebe un estudio en el que usted desea participar, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted es elegible para participar. Usted podrá participar en el estudio si cumple con las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted seguirá inscrito en nuestro plan. De ese modo, podrá seguir obteniendo cuidados de nuestro plan que no estén relacionados con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación de <plan name>, su IDT o su PCP. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio, *no* tienen que ser proveedores de la red.

[If applicable, plan should describe Medicaid’s role in providing coverage for clinical research studies.]

**Usted debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su Administrador de cuidados debe comunicarse con Servicios al participante para avisarnos para informarnos que participarán en un ensayo clínico.

M2. Pago por servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará por los servicios cubiertos bajo el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos bajo el estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez que se registre en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que obtenga como parte del estudio. Esto incluye:

* Alojamiento y comida por una estadía en el hospital, la que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
* Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
* El tratamiento de todos los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

[If the plan conducts or covers clinical trials that are not approved by Medicare insert: Nosotros pagaremos todos los costos si usted participa como voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare no apruebe, pero que sea aprobado por nuestro plan.] Si usted forma parte de un estudio que Medicare [if the plan conducts or covers clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan] no haya aprobado, usted tendrá que pagar cualquier costo por su participación en el estudio.

[If applicable, the plan should describe Medicaid’s role in paying for clinical research studies.]

## M3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Usted podrá obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con problemas para oír o para hablar) deben llamar al teléfono 1-877-486-2048.

# N. Cómo sus servicios de salud están cubiertos cuando usted está en una institución religiosa no médica para cuidados de salud

[If applicable, the plan should revise this section as needed to describe Medicaid’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]

## N1. Definición de una institución religiosa no médica para cuidados de salud

Una institución religiosa no médica para cuidados de salud es un lugar que proporciona cuidado que normalmente no obtendría en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Si recibir cuidado en un hospital o SNF va en contra de sus creencias religiosas, entonces cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para cuidado de salud.

Puede elegir recibir cuidado de salud en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio solamente es para servicios como paciente hospitalizado de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de salud no médico). Medicare pagará solamente por los servicios de cuidado de salud no médico proporcionados por instituciones de cuidado de salud no médica religiosa.

N2. Recibiendo cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para cuidado de salud, debe firmar un documento legal que diga que usted está en contra de recibir tratamiento médico “no excluido”.

* Tratamiento médico “no excluido” es cualquier cuidado **voluntario y no exigido** por la ley federal, estatal o local.
* Tratamiento médico “excluido” es todo cuidado **que no sea voluntario y que sea exigido** de conformidad con la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica para cuidado de salud, este cuidado debe cumplir las siguientes condiciones:

* La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
* Los servicios cubiertos por <plan name> se limitan a aspectos no religiosos del cuidado de salud.
* Si usted recibe servicios de esta institución y son proporcionados en sus instalaciones, se aplicará lo siguiente:
  + Usted debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos para recibir cuidados como paciente internado en un hospital o en un centro de cuidados de enfermería especializada.
  + [Omit this bullet if not applicable:] Deberá obtener aprobación de <plan name> o su IDT, antes de ser internado en la institución o su estadía no tendrá cobertura.

[The plan must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the Covered Items and Services Chart in Chapter 4 [plan may insert reference, as applicable]) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]

# O. Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)

## O1. Equipo médico duradero (DME) como participante de nuestro plan

Equipo médico duradero se refiere a ciertos elementos pedidos por un proveedor para que usted use en su casa. Ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre tendrá ciertos artículos que <nombre del plan> compra para usted, como prótesis.

En esta sección, discutimos DME que debe rentar. Como miembro de <plan name>, [*insert if the plan sometimes allows ownership:* por lo general]el equipo rentado no pasará a ser de su propiedad, sin importar el tiempo que lo rente. Ejemplos de los artículos que deben alquilarse son sillas de ruedas, camas de hospital y dispositivos de aire de respiración a presión positiva (CPAP).

[*If the plan allows transfer of ownership of certain DME items to Participants, the plan must modify this section to explain the conditions under which and when the Participant can own specified DME.*]

[If the plan sometimes allows transfer of ownership to the Participant for DME items other than prosthetics, insert: En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Llame a Servicios al participante para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.]

[If the plan never allows transfer of ownership to the Participant (except as noted above, for example, for prosthetics), insert: Incluso si usted tuvo equipo médico duradero por 12 meses consecutivos con Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, el equipo no pasará a ser de su propiedad.]

[*The plan should modify this section as necessary to explain any additional Medicaid coverage of DME.*]

O2. Apropiación de DME cuando pierde su cobertura de Medicaid y se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que rentan ciertos tipos de DME lo poseen después de 13 meses. Bajo un plan Medicare Advantage, el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que el equipo pase a ser de su propiedad.

**Nota:** Puede encontrar definiciones de Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare & Usted 2021*. Si no tiene una copia de este manual, lo puede obtener en el sitio de web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov/)) o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberían llamar a 1‑877-486‑2048.

Si usted pierde su cobertura de Medicaid y deja el programa FIDA-IDD, usted tendrá que cambiar a Medicare Original o un plan Medicare Advantage. Además, tendrá que hacer 13 pagos continuos conforme a Medicare Original, o tendrá que hacer el número de pagos continuos establecido por el plan Medicare Advantage, para poder ser propietario del equipo, si:

* usted no se convirtió en propietario del artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, **y**
* usted se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud a través del programa Medicare Original o un plan Medicare Advantage.

Si hizo pagos por el equipo médico duradero bajo Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en <plan name>, **los pagos hechos a Medicare Original o el plan Medicare Advantage no contarán para los pagos** **que** **necesita hacer después de retirarse de nuestro plan.**

* Para que el equipo pase a ser de su propiedad, usted tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos bajo Medicare Original o el número de nuevos pagos continuos establecido por el plan Medicare Advantage
* No hay excepciones a este caso cuando usted vuelva a utilizar Medicare Original o un plan Medicare Advantage.

O3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como participante de nuestro plan

Si usted reúne los requisitos para que Medicare cubra los equipos de oxígeno y es usted participante de nuestro plan, tendrá derecho a los siguientes beneficios:

* Alquiler de equipos de oxígeno
* Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
* Tubos y accesorios para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
* Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno será devuelto a su propietario cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted abandona nuestro plan.

O4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

Si usted necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos y **abandona nuestro plan para inscribirse en Medicare Original**, deberá alquilar el equipo a un proveedor durante 36 meses. El pago mensual del alquiler cubre el equipo de oxígeno y los suministros y servicios relacionados anteriormente.

Si **transcurridos los 36 meses de alquiler** usted siguiera necesitando el equipo de oxígeno por razones médicas:

* su proveedor deberá facilitarle el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios, durante 24 meses más.
* su proveedor deberá facilitarle el equipo de oxígeno y los suministros durante un máximo de 5 años si fuera médicamente necesario.

Si **transcurrido el período de 5 años** usted siguiera necesitando el equipo de oxígeno por razones médicas:

* su proveedor ya no podrá proporcionárselo y deberá decidir si obtener el equipo de repuesto de otro proveedor.
* empieza un nuevo período de 5 años.
* se lo alquilará a un proveedor durante 36 meses.
* su proveedor deberá entonces facilitarle el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios, durante 24 meses más.
* cada 5 años empieza un nuevo ciclo, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Si usted necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos y **abandona nuestro plan para inscribirse en un plan Medicare Advantage**, este le ofrecerá, como mínimo, la misma cobertura que Medicare Original. Infórmese sobre qué equipos de oxígeno y suministros cubre su plan Medicare Advantage y sobre los costos que supondrá para usted.

# P. Cómo recibir sus servicios de Medicare y Medicaid si usted deja nuestro Plan FIDA-IDD

Si usted deja nuestro plan FIDA-IDD usted volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado, como se describe a continuación.

## P1. Cómo recibirá sus servicios de Medicare

Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Si decide inscribirse en una de estas opciones mientras participa en el Plan FIDA-IDD, usted terminará automáticamente de participar en <plan name>.

| **1. Usted puede cambiar a:**  **Un plan de Medicare, como es el plan Medicare Advantage o un Programa de cobertura total de salud para ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE, por sus siglas en inglés)** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1‑800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de sólo Medicare.  Si necesita ayuda o más información:  Llame al Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. [*TTY phone number is optional.*]  Se cancelará automáticamente su inscripción en <plan name> cuando comience la cobertura de su plan nuevo. |
| --- | --- |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original con un plan de medicamentos por recetas separado** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1‑800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:  Llame al Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. [*TTY phone number is optional.*]  Se cancelará automáticamente su inscripción en <plan name> cuando comience la cobertura de Medicare Original. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta separado**  **TENGA EN CUENTA** que: Si usted cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea inscribirse.  Usted solamente necesita terminar con su cobertura de medicamentos de receta, si obtiene cobertura por medicamentos de su empleador, sindicato u otros. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. | **Esto es lo que necesita hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1‑800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:  Llame al Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. [*TTY phone number is optional.*]  Se cancelará automáticamente su inscripción en <plan name> cuando comience la cobertura de Medicare Original. |

## P2. ¿Cómo recibirá servicios de Medicaid?

Usted recibirá sus LTSS y sus servicios médicos y de salud del comportamiento de Medicaid a través de Medicaid con cuota por servicio.

Si recibe servicios a través de la exención integral OPWDD mientras está inscrito en nuestro plan FIDA-IDD, continuará recibiendo los servicios de la exención OPWDD al cancelar su inscripción en nuestro plan.