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

Introducción

Este capítulo contiene términos específicos y reglas que usted debe saber para obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos con <plan name>. También le proporciona información sobre su administrador de cuidados, cómo obtener cuidado de diferentes tipos de proveedores y en qué circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME). Los 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, "refer to Chapter 9, Section A, page 1." 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 contenidos

[A. Información sobre “servicios y artículos”, “servicios y artículos cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 4](#_Toc139277344)

[B. Reglas generales para obtener cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) cubiertos por <plan name> 4](#_Toc139277345)

[C. Su equipo interdisciplinario (IDT) 6](#_Toc139277346)

[D. Su administrador de cuidados 7](#_Toc139277347)

[D1. Qué es un administrador de cuidados 7](#_Toc139277348)

[D2. Quién obtiene un administrador de cuidados 8](#_Toc139277349)

[D3. Cómo contactar con su administrador de cuidados 8](#_Toc139277350)

[D4. Cómo cambiar a su administrador de cuidados 8](#_Toc139277351)

[E. Cuidados de proveedores de cuidado primario (PCP), de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 8](#_Toc139277352)

[E1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP) 8](#_Toc139277353)

[E2. Cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red 9](#_Toc139277354)

[E3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan 9](#_Toc139277355)

[E4. Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red 10](#_Toc139277356)

[F. Cómo obtener una aprobación para servicios y artículos que requieren PA 11](#_Toc139277357)

[F1. Servicios que puede obtener sin recibir autorización previa 11](#_Toc139277358)

[G. Cómo recibir servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 12](#_Toc139277359)

[H. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 13](#_Toc139277360)

[I. Cómo obtener cuidados autodirigidos 13](#_Toc139277361)

[I1. Servicios de autodirección en casa y en la comunidad (HCBS) 13](#_Toc139277362)

[I2. Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS) 14](#_Toc139277363)

[J. Cómo obtener servicios de transporte 14](#_Toc139277364)

[K. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre 15](#_Toc139277365)

[K1. Cuidados en caso de emergencia médica 15](#_Toc139277366)

[K2. Cuidado necesario de urgencia 17](#_Toc139277367)

[K3. Cuidado en situaciones de desastre 17](#_Toc139277368)

[L. Qué hacer si le facturan los servicios y artículos cubiertos por <plan name> directamente a usted 18](#_Toc139277369)

[L1. Qué hacer si los servicios o artículos no están cubiertos por nuestro plan 18](#_Toc139277370)

[M. Cobertura de servicios de cuidado de salud cuando está usted participando en un estudio de investigación clínica 19](#_Toc139277371)

[M1. Definición de estudio de investigación clínica 19](#_Toc139277372)

[M2. Pago de servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica 19](#_Toc139277373)

[M3. Más información sobre estudios de investigación clínica 20](#_Toc139277374)

[N. Cobertura de sus servicios de salud cuando usted está en una institución religiosa no médica de cuidados de salud 20](#_Toc139277375)

[N1. Definición de institución religiosa no médica de cuidados de salud 20](#_Toc139277376)

[N2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud 21](#_Toc139277377)

[O. Equipo médico duradero (DME) 21](#_Toc139277378)

[O1. Equipo médico duradero (DME) como participante de nuestro plan 21](#_Toc139277379)

[O2. Derechos de propiedad sobre el DME al perder su cobertura de Medicaid o al cambiar a Medicare Original o Medicare Advantage 22](#_Toc139277380)

[O3. Equipos de oxígeno: beneficios a los que tiene derecho como participante de nuestro plan 23](#_Toc139277381)

[O4. Equipos de oxígeno: qué sucede si usted cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 23](#_Toc139277382)

[P. Cómo recibir sus servicios de Medicare y Medicaid si deja nuestro plan FIDA-IDD 24](#_Toc139277383)

[P1. Cómo recibirá los servicios de Medicare 24](#_Toc139277384)

[P2. Cómo recibirá los servicios de Medicaid 26](#_Toc139277385)

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

El término “servicios y artículos” incluye, entre otros, la prestación de cuidados médicos, servicios y respaldos a largo plazo (LTSS), suministros médicos, cuidados de salud del comportamiento, medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica y equipo médico.

Los servicios y artículos cubiertos son cualquiera de estos servicios y artículos que paga <plan name>. 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 servicio que <plan name>, su equipo interdisciplinario (IDT) o un proveedor autorizado decida que son necesarios para su cuidado.

El término "proveedores" hace referencia a los médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios, equipo médico y LTSS.

Los "proveedores de la red" son aquellos proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usted acuda a un proveedor de la red, no pagará nada por los servicios o artículos cubiertos.

# Reglas generales para obtener cuidado de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) 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 Organización integral para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (FIDA-IDD). Estos incluyen salud del comportamiento y LTSS.

<Plan name> pagará generalmente el costo de los servicios y artículos que usted reciba si sigue las reglas del plan para obtenerlos. Para estar 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 servicios y artículos 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 afecciones médicas que usted tenga y que causen un sufrimiento agudo, pongan en peligro su vida, tengan como resultado enfermedad o dolencias, interfieran en su capacidad de actividad normal o lo amenacen con una discapacidad significativa. Esto incluye cuidados orientados a evitar que usted sea internado en un hospital o en un centro de enfermería. También implica que los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos cumplen con los estándares aceptados en el ejercicio de la medicina.
* Tendrá un **IDT**. Su IDT evaluará sus necesidades, trabajará con usted o con la persona que designe para planificar su cuidado y sus servicios, y se asegurará de que usted reciba el cuidado y los servicios necesarios. Puede obtener 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 (PA). Para obtener más información sobre la PA, consulte la página <page number>.
  + Usted no necesitará una PA para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia, ni para acudir a un proveedor de cuidado de salud de la mujer. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin necesidad de una PA. Para obtener más información al respecto, consulte la página <page number>.
* Tendrá acceso a un **administrador de cuidados**, que servirá como su punto de contacto principal con su IDT. 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 sea su **proveedor de cuidado primario (PCP)**. Su PCP también formará parte de su IDT. Para obtener más información sobre cómo elegir o cambiar un PCP, consulte la página <page number>.
* **Usted debe recibir los 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>. A continuación le mostramos algunos casos en los que 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 el cuidado de emergencia o cuidado necesario de urgencia, consulte la Sección K, página <page number>.
  + Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, podrá obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. En este caso, cubriremos el cuidado como si lo hubiera recibido de un proveedor de la red y sin ningún costo para usted. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección E, página <page number>.
  + El plan cubrirá servicios y artículos de proveedores y farmacias fuera de la red cuando no haya un proveedor o una farmacia de la red disponibles a una distancia razonable de su hogar.
  + El plan cubre servicios de diálisis renal cuando esté fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible durante un tiempo corto. Usted podrá obtener esos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare. [Insert as applicable: El costo compartido que usted pague por servicios de diálisis no deberá superar nunca el costo compartido en Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene los servicios de diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no podrá superar el costo compartido que usted paga dentro de la red. No obstante, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener dichos servicios de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio, el costo compartido para los servicios de diálisis podría ser mayor.]
  + Al unirse al plan, usted podrá seguir acudiendo a sus proveedores actuales durante el “período de transición”. En la mayoría de los casos, el período de transición dura 90 días o hasta que su Plan de vida se termine y se implemente, 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 de salud si continúa viendo a proveedores fuera de la red.
  + Si usted está recibiendo servicios de un proveedor de salud del comportamiento en el momento de su inscripción, 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 la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD), usted podrá seguir recibiendo servicios residenciales de su proveedor actual, siempre y cuando siga viviendo allí.

# Su equipo interdisciplinario (IDT)

Cada Participante tiene un IDT. Su IDT incluirá a las siguientes personas, como lo determinen usted y su administrador de cuidados del plan FIDA-IDD:

* usted y su cuidador/tutor o la persona que usted designe;
* su administrador de cuidados **y**
* sus principales proveedores 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 una persona designada con experiencia clínica del consultorio de su profesional de salud del comportamiento, que tenga conocimiento de sus necesidades;
* su/s asistente/s 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 de cuidados en el hogar o de la persona designada en el IDT;
* otros proveedores, pedidos por usted, por su cuidador/tutor o por la persona que usted designe, o de acuerdo con lo recomendado por los participantes del IDT según sea necesario para la planificación adecuada de su cuidado y aprobado por usted, por su cuidador/tutor o por la persona que usted designe;
* su PCP, incluso un médico, enfermero de práctica avanzada, asistente médico o especialista que haya aceptado actuar como su PCP, o una persona designada del consultorio de su PCP con experiencia clínica (como un enfermero registrado, enfermero de práctica avanzada o asistente médico) y con conocimiento de sus necesidades; **y**
* un representante clínico de su centro de cuidados intermedio (ICF), si recibe cuidados de un 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. <plan name> no puede cambiar estas decisiones. Entre las reuniones del IDT, <plan name> puede autorizar otros servicios además de aquellos de su Plan de vida.

# Su administrador de cuidados

## D1. Qué 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 consumo de sustancias, de LTSS con base en la comunidad o con base en instituciones 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 contactar con su administrador de cuidados

Cuando se le asigne o seleccione un administrador de cuidados, <plan name> le brindará los datos 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 cambiar a su administrador de cuidados

Usted puede cambiar a 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, llame a Servicios al participante al <phone number>, <days and hours of operation>.

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

## E1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP)

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) que se encargue de gestionar y proporcionarle cuidado. <Plan name> le ofrecerá la opción de al menos tres PCP para que usted elija. Si usted no elige un PCP, se le asignará uno. Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando a Servicios al participante al <toll-free number>, <days and hours of operation>.

**Definición de “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 también será parte de su IDT. Su PCP participará en el desarrollo de su Plan de vida, tomará determinaciones de cobertura como participante de su IDT y recomendará o pedirá muchos de los servicios y artículos que su IDT o <plan name> autorizarán.

**Cómo elegir un PCP**

Le daremos a elegir entre por lo menos tres PCP. 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 une al plan y este todavía no tiene un acuerdo con nosotros para participar en nuestra red, trabajaremos con ese PCP para ayudarlo a unirse a nuestra red así usted puede seguir utilizándolo. No obstante, si este se niega o no puede unirse a nuestra red, usted podrá seguir acudiendo a ese PCP durante el período de transición (consulte la página <page number> para obtener más información).

**Cuándo puede una clínica 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 reúne los demás criterios, ese proveedor podrá ser designado PCP.

**Posibilidad de cambiar de PCP**

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

Si su PCP actual deja nuestra red o deja de estar disponible de otro modo, <plan name> le dará 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.

Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

* Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
* Los cardiólogos tratan a pacientes con problemas del corazón.
* Los ortopedistas tratan 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 afecciones. 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 abandona 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.]

Puede ocurrir 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, estamos obligados a darle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
* Si su proveedor abondona nuestro plan, se lo notificaremos con al menos 15 días de antelación para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
  + Si su proveedor de cuidado primario o proveedor de servicios de salud del comportamiento abandona el plan, se lo notificaremos en caso de que haya recibido servicios de dicho proveedor dentro de los últimos tres años.
  + Si alguno de sus otros proveedores abandona el plan, se lo notificaremos si tiene asignado a ese proveedor, si está recibiendo cuidados de parte del mismo o si ha recibido asistencia del mismo en los últimos tres meses.
* Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
* Si está recibiendo tratamiento médico u otras terapias con su proveedor actual, usted tiene derecho a pedir que este no sea interrumpido y nosotros trabajaremos con usted para garantizar la continuidad de ese tratamiento o terapias médicamente necesarias.
* Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones para cambiar de plan.
* Si no podemos encontrar un especialista certificado en la red que sea accesible para usted, deberemos buscar un especialista fuera de la red para que le preste el cuidado que necesita en caso de que no haya un proveedor o beneficio de la red disponible o adecuado a sus necesidades médicas. [*Plans should indicate if prior authorization is needed.*]
* Si cree que el nuevo proveedor que le hemos asignado no está calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 [plans may insert a reference, as applicable] para más información sobre cómo apelar.

Si se entera de que alguno de sus proveedores va a abandonar nuestro plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su cuidado. [Plan should provide contact information for assistance.]

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

Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, podrá obtener la autorización de <plan name> o de su IDT para recibir el cuidado de proveedores fuera de la red. En este caso, cubriremos el cuidado como si lo hubiera recibido de un proveedor de la red y sin ningún costo para usted. [Plan should describe the process for getting approval to use an out-of-network provider.]

Recuerde que, al unirse al plan, usted podrá seguir acudiendo a sus proveedores actuales durante el “período de transición”. En la mayoría de los casos, el período de transición dura 90 días o hasta que su Plan de vida se termine y se implemente, lo que ocurra más tarde. Durante el período de transición, nuestro administrador de cuidados se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar y cambiar a proveedores en nuestra red. Luego del período de transición, no pagaremos los cargos de su cuidado si continúa usando proveedores fuera de la red, a menos que <plan name> o su equipo interdisciplinario (IDT) lo hayan autorizado a seguir recibiendo los servicios de un proveedor fuera de la red.

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

* Si acude 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 propios proveedores deberán decirle si cumplen o no los requisitos para participar en Medicare.

# Cómo obtener una aprobación para servicios y artículos que requieren PA

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 pudieron planificar ni predecir y, por eso, no se incluyeron en su Plan de vida.

## F1. Servicios que puede obtener sin recibir autorización previa

En la mayoría de los casos, usted necesitará la aprobación de <plan name>, su IDT o ciertos proveedores autorizados antes de acudir a otros proveedores. Esta aprobación se llama “PA”. Usted podrá obtener los siguientes servicios sin la 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 le sea posible acceder a un proveedor de la red porque está fuera del área de servicio del plan o necesita cuidado inmediato durante el fin de semana.

NOTA: Los servicios deben ser médicamente necesarios y deben necesitarse de manera inmediata.

* Servicios de diálisis renal en una institución de diálisis certificada por Medicare cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios al participante antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera de la red.)
* Vacunas contra la gripe y la COVID-19 [*insert if applicable:* así como vacunas contra la 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 exámenes 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 la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis, incluso la terapia observada directamente (TB/DOT).
* Servicios de cuidado de la vista a través de clínicas del Artículo 28 que proveen servicios de optometría y están afiliadas al Colegio de Optometría de la Universidad de New York, para obtener los servicios de optometría cubiertos.
* Servicios dentales a través de clínicas del Artículo 28, operadas por los Centros Académicos Dentales.
* Rehabilitación cardíaca para la primera etapa del tratamiento (se necesita la autorización de un médico o de un enfermero registrado [RN] para las etapas del tratamiento que siguen a la primera).
* Servicios complementarios de educación, bienestar y administración de salud.
* Además, si usted cumple los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígenas, podrá acudir a estos proveedores sin necesidad de la aprobación de <plan name> o de su IDT.

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

Los LTSS basados en la comunidad consisten en una variedad de servicios médicos, de habilitación, de rehabilitación, de 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 centro de cuidados intermedio (ICF) o en otro entorno de cuidados residenciales a largo plazo.

Como participante de <plan name>, usted recibirá una evaluación completa de sus necesidades, incluso de su necesidad de LTSS basados en la comunidad o en una institución. Todas las necesidades identificadas en su evaluación se incorporarán 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>, seguirá recibiendo todos los LTSS basados en la comunidad o en una institución que se incluyen en el plan preexistente. Cumpliremos con su plan de servicios preexistente durante 90 días o hasta que su Plan de vida se termine y se implemente, lo que ocurra más tarde.

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

# 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 son 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 psiquiátricos o médicos más tradicionales.

Como participante de <plan name>, usted recibirá una evaluación completa de sus necesidades, incluso de su necesidad de servicios de salud del comportamiento. Todas las necesidades identificadas en su evaluación se incorporarán 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>, puede seguir recibiendo servicios de ese proveedor hasta que se complete el tratamiento, pero no por más de dos años. Esto se aplica aun si el 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.

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

Los servicios de autodirección le dan la flexibilidad de elegir la combinación de respaldos y servicios correctos para que pueda **vivir la vida que usted quiere**. Con la autodirección, usted elige 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 de sus capacidades y necesidades únicas.

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

Si tiene una enfermedad crónica o está discapacitado físicamente y tiene una necesidad médica de ayuda con las actividades de la vida diaria (ADL) o de servicios de enfermería especializada, puede obtener servicios a través del programa de CDPAS. Los servicios pueden incluir cualquiera de los proporcionados por un asistente de cuidado personal (asistente en el hogar), un auxiliar de salud en el hogar o un enfermero. Usted tiene la flexibilidad y libertad de elegir a las personas para que lo 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, un familiar designado u otro adulto que pueda y quiera tomar decisiones informadas.

Usted o la persona que designe también deben ser responsables de reclutar, contratar, capacitar, supervisar y despedir a las personas que lo cuidan, y deberán hacer los arreglos de cobertura suplente cuando sea necesario, arreglar y coordinar otros servicios y llevar los registros de pagos.

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

# Cómo obtener servicios de transporte

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

La cobertura de transporte incluye un asistente de transporte para acompañarlo a donde sea necesario.

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

# Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención médica urgente, o durante una situación de desastre

## K1. Cuidados en caso de emergencia médica

**Definición de emergencia médica**

Se considera emergencia médica cualquier problema de salud con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves, o cuya gravedad sea tal que si usted no recibe cuidado médico inmediato, usted o cualquier otra persona con unos conocimientos médicos o de salud medios podría esperar que derivase en:

* riesgos graves para su salud o la del feto; **o**
* daños graves a las funciones corporales; **o**
* disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
* en el caso de ser una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
  + no hay tiempo suficiente para trasladarla sin peligro a otro hospital antes de que dé a luz.
  + un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.

**Qué hacer en caso de emergencia médica**

Si tiene usted una emergencia médica:

* **Pida ayuda lo antes 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 necesita obtener la aprobación de <plan name> o de su IDT. No es obligatorio que utilice un proveedor de la red. Usted puede obtener cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios [Insert as applicable: o en cualquier parte del mundo] de cualquier proveedor con la debida licencia del estado.
* **Lo más pronto posible, comunique a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que hacer el seguimiento del cuidado de emergencia que reciba. Usted o alguien más deberá llamar para informarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo máximo de 48 horas. No obstante, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia aunque hubiéramos sido informados fuera de plazo. [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.]

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, <plan name> cubre este servicio. También cubrimos los servicios médicos recibidos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de artículos y servicios cubiertos en el Capítulo 4 [the plan may insert reference, as applicable].

Los proveedores que proporcionen cuidado de emergencia decidirán cuándo se ha estabilizado y ha terminado su emergencia médica. Continuarán dándole tratamiento y se pondrán en contacto con nosotros para la correspondiente planificación en caso de que necesite cuidados complementarios para ponerse mejor.

[The plan may modify this paragraph as needed to address their post-stabilization care.] Nuestro plan cubre sus cuidados complementarios. Si recibe cuidados de emergencia de proveedores que no se encuentran en la red, intentaremos que los proveedores de la red comiencen a atenderlo lo antes posible.

**Qué ocurre si recibe cuidado de emergencia cuando no es realmente una emergencia después de todo**

A veces es difícil saber si se tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Usted podría solicitar 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 grave peligro, cubriremos el cuidado de emergencia.

No obstante, si el médico dice que no era una emergencia, solo cubriremos el cuidado adicional si:

* usted acude 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 ese cuidado. (Consulte la siguiente sección).

## K2. Cuidado necesario de urgencia

**Definición de cuidado necesario de urgencia**

El cuidado necesario de urgencia es el cuidado que se recibe para tratar una situación que, a pesar de no ser una emergencia, requiere atención inmediata. Por ejemplo, una enfermedad existente se puede agudizar o usted puede verse afectado por una infección grave de garganta durante el fin de semana que requiere tratamiento.

**Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra en el área de servicio del plan**

En la mayoría de los casos, solo cubriremos el cuidado necesario de urgencia si:

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

No obstante, si no fuera posible o razonable acceder 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, nurse hotline, etc.).]

**Cuidado necesario de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan**

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, puede que no le sea posible acceder a proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado necesario de urgencia 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 cuidados necesarios de urgencia ni ningún otro cuidado [insert if plan covers emergency care outside of the United States and its territories: que no sea de emergencia] que obtenga fuera de los Estados Unidos.

## K3. Cuidado en situaciones de desastre

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

Visite nuestro sitio web para informarse sobre cómo obtener cuidados de salud durante una situación de desastre declarada: <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 PA; terms and conditions of payment for non-contracted providers; and each declared disaster’s start and end dates.]

En situaciones de desastre declaradas, si no puede acceder a un proveedor de la red, le permitiremos que reciba cuidados de proveedores fuera de la red [insert as applicable: abonando la cuota de costo compartido dentro de la red **or** sin costo para usted].Si no puede acceder a una farmacia de la red durante una situación de desastre declarada, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

# Qué hacer si le facturan los servicios y artículos cubiertos por <plan name> directamente a usted

Los proveedores no deben facturarle directamente a usted por servicios o artículos cubiertos. Los proveedores solo 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 enviárnosla para su pago. **No debe pagar la factura, pero si lo hace, tiene derecho a que se le reembolse el pago.**

Si ha pagado por sus servicios o artículos cubiertos, o si le han facturado servicios o artículos cubiertos, consulte el Capítulo 7 [plan may insert reference, as applicable] **para saber qué hacer**.

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

<Plan name> cubre todos los servicios y artículos:

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

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

Si quiere saber si pagaremos algún servicio o artículo, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntárnoslo 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 cubra un servicio o artículo médico que normalmente no está incluido. Asimismo, le informa sobre cómo apelar una decisión de cobertura. Si necesita más información al respecto, también puede llamar a Servicios al participante.

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

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

## M1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (conocido también como ensayo clínico) es una de las formas en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente solicita la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare [if the plan conducts or covers clinical trials that are not approved by Medicare, insert: o nuestro plan]haya aprobado un estudio en el que usted quiera participar, y en el que usted manifiesta interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted cumple los requisitos necesarios para participar en él. Usted podrá participar en el estudio si cumple las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que tendrá que hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted puede seguir 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 cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos avise y no necesita autorización del <plan name>, su IDT ni su PCP. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio **no** tienen que ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que estos casos no incluyen los beneficios por los cuales se responsabilizan nuestros planes, lo cual incluye exámenes clínicos o registros para evaluar el beneficio. No obstante, sí se incluyen beneficios especificados conforme a las resoluciones de cobertura nacional (NCD) y ensayos de dispositivos en investigación (IDE), pero pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

[If applicable, plan should insert brief text about approval for, and voluntary participant participation in, any clinical research studies Medicaid or the plan offers.]

**Pero sí le pedimos que nos avise antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si usted tiene intención de participar en un estudio de investigación clínica, usted o su administrador de cuidados deberán ponerse en contacto con Servicios al participante para informarnos de que usted va a tomar parte en un ensayo clínico.

## M2. Pago de 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 nada por los servicios cubiertos del estudio. Medicare será quien pague los servicios cubiertos del estudio, así como los costos de rutina asociados con su cuidado. Una vez se haya inscrito en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cubiertos la mayoría de los artículos y servicios que obtenga como parte del estudio. Eso incluye lo siguiente:

* 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 ha aprobado, usted tendrá que pagar cualquier costo de 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

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

# Cobertura de sus servicios de salud cuando usted está en una institución religiosa no médica de 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 institución religiosa no médica de cuidados de salud

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

Este beneficio solamente es aplicable a los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de cuidado de salud no médico).

## N2. Qué hacer para ser atendido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de cuidados 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 de carácter **voluntario** y **no exigido** por la ley federal, estatal o local.
* Tratamiento médico “excluido” es todo aquel 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 recibido en una institución religiosa no médica de cuidados de salud, dicho 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 le son proporcionados en sus instalaciones, deberán cumplirse los requisitos siguientes:
  + Usted debe tener una afección médica que le permita obtener servicios cubiertos para pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
  + [Omit this bullet if not applicable] Antes de ser internado en la institución, deberá obtener la aprobación de <plan name> o de su IDT. De lo contrario, 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 [the plan may insert reference, as applicable]) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]

# Equipo médico duradero (DME)

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

El equipo médico duradero (DME) incluye determinados artículos que puede solicitar un proveedor, tales como sillas de ruedas, muletas, camas motorizadas, suministros para personas con diabetes, camas de hospital pedidas por un proveedor para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será dueño de ciertos artículos que <plan name> compre para usted, como las prótesis.

En esta sección hablamos del equipo médico duradero que usted debe alquilar. Como participante de <plan name>, [insert if the plan sometimes allows transfer of ownership: por lo general] el equipo alquilado no pasará a ser de su propiedad, sin importar el tiempo que lo alquilemos para usted. Algunos ejemplos de equipos médicos duraderos que debemos alquilar para usted son las sillas de ruedas, las camas de hospital y los dispositivos de presión continua positiva en las vías respiratorias (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 cederemos la propiedad del equipo médico duradero. Llame a Servicios al participante para informarse sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.]

Incluso si usted tuvo el artículo de 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. Derechos de propiedad sobre el DME al perder su cobertura de Medicaid o al cambiar a Medicare Original o Medicare Advantage

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en propietarios del equipo alquilado después de 13 meses. El plan Medicare Advantage 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:** Consulte las definiciones de los planes de Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También encontrará más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2024*. Si no tiene una copia de este manual, puede conseguirla ingresando en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si pierde su cobertura de Medicaid y abandona el programa FIDA-IDD, deberá cambiar a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage. Para poder ser propietario del equipo, usted deberá realizar 13 pagos consecutivos bajo el plan Medicare Original, o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage, si:

* usted no se convirtió en propietario del 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 del programa Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.

Si efectuó los pagos del equipo médico duradero bajo Medicare Original o bajo un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en <plan name>, **los pagos realizados a Medicare Original o al plan Medicare Advantage no se descontarán de los pagos que debe hacer después de que termine su cobertura de Medicaid**.

* Para que el equipo pase a ser de su propiedad, usted tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos bajo Medicare Original o el número de nuevos pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage.
* No se harán excepciones en este punto cuando usted vuelva a Medicare Original o a 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 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 el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted 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**, el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario:

* 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**, el equipo de oxígeno es todavía médicamente necesario:

* su proveedor ya no podrá proporcionárselo y deberá decidir si obtener el equipo de repuesto de otro proveedor.
* dará comienzo 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 el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted 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.

# Cómo recibir sus servicios de Medicare y Medicaid si deja nuestro plan FIDA-IDD

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

## P1. Cómo recibirá los servicios de Medicare

Usted podrá elegir cómo recibe sus beneficios de Medicare.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Usted puede cambiar a:**  **Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage, o un Programa de cobertura total de salud para ancianos (PACE)** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en un nuevo plan de salud solo de 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.]   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo la cobertura de su nuevo plan. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original con un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de 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.]   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte**  **NOTA:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.  Solamente debe renunciar a su cobertura de medicamentos de receta si obtiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de 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.]   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original. |

## P2. Cómo recibirá los servicios de Medicaid

Obtendrá los LTSS y los servicios de salud física y del comportamiento de Medicaid a través del programa de pago por servicio de Medicaid.

Si recibía servicios a través de la excepción completa de la OPWDD mientras estaba inscrito en nuestro plan FIDA-IDD, continuará recibiendo los servicios de la excepción de la OPWDD al cancelar su inscripción en nuestro plan.