H2168_MKT26-04_M Aprobado por el NYSDOH el 10/2/2025

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de Cobertura*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	2
B. Preguntas frecuentes	
C. Descripción general de los servicios	14
D. Servicios adicionales que cubre el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage	31
E. Beneficios cubiertos fuera del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage	33
F. Servicios que el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage, Medicare y Medicaid no cubren	34
G. Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan	35
H. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado	39
I. Qué hacer si sospecha de fraude	40

A. Descargos de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios médicos cubiertos por el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage para 2026. Esto es solo un resumen. Lea la *Evidencia de Cobertura* para ver la lista completa de beneficios. Puede ver la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.villagecaremax.org o llamar a Servicios para Miembros para pedir una copia. El número de Servicios para Miembros está al final de esta página.

- El Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP) es un plan HMO con contratos de Medicare y Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción en el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Medicaid de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) para obtener orientación gratis e independiente sobre sus opciones de cobertura, quejas y apelaciones. Ellos pueden ayudarlo a manejar el proceso de apelación. Comuníquese con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)
Community Service Society of New York
633 Third Ave, 10th Floor
New York, NY 10017

Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión TTY: 711)

Web: www.icannys.org | Email: ican@cssny.org

- Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluyendo los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.
- La comida y los productos frescos (artículos del supermercado), la gasolina en la gasolinera, los servicios públicos, la asistencia para el alquiler/la hipoteca, los productos para el control de plagas, los productos para la calidad del aire interior, el transporte público y el transporte para necesidades no médicas forman parte de los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Para ser elegible para recibir los beneficios de SSBCI, se debe determinar que las personas inscritas tienen una enfermedad crónica, condición crónica (p. ej., diabetes, insuficiencia cardíaca crónica, trastorno cardiovascular, condiciones de salud mental crónicas y discapacitantes, derrame cerebral u otras condiciones elegibles) y cumplen los criterios de cobertura. Los miembros inscritos en el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage calificarán.
- Para obtener más información sobre Medicare, puede leer el manual Medicare y Usted. Cada año, en el otoño, este documento se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más habituales sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede acceder a él en línea en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como en letra grande, en braille o



en audio. Llame al 1-855-296-8800 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días. La llamada es gratis.

- Este documento está disponible gratis en español, chino, árabe, coreano, ruso, italiano, francés, criollo francés, yiddish, polaco, tagalo, bengalí, albanés, griego y urdu.
- ❖ En el momento de la inscripción, preguntaremos el idioma y el formato que prefiere para recibir correos y comunicaciones. Mantendremos su preferencia en su archivo como una solicitud permanente para futuros envíos y comunicaciones. Puede hacer cambios en su preferencia e información de contacto en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros al final de esta página.

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-855-296-8800 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles' de forma gratuita' ayuda y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-296-8800 (TTY:711) o hable con su proveedor.

Simplified Chinese: 中文

注意:如果您说[中文],我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务,以无障碍格式提供信息。致电 1-855-296-8800(文本电话:711)或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese: 台語

注意:如果您說[台語],我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務,以無障礙格式提供資訊。請致電 1-855-296-8800 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo pero magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855- 296-8800 (TTY:711) o makipag-usap sa iyong provider.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-296-8800 (TTY:711) ou adressez-vous à votre prestataire.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-296-8800 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của quý vị.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen zugänglichen Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-296-8800 (TTY:711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-296-8800 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами языковой поддержки. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги, обеспечивающие доступ к информации в удобном формате. Позвоните по телефону 1-855-296-8800 (ТТҮ: 711) или обратитесь к своему поставщику стоматологических услуг.

(Arabic)تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم -296-855-1 مساعدة وخدمات أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Hindi: ध्यान दें: यदद आप द िंदी बोलते ैं, तो आपके दलए दिनः शुल्क भाषा स ायता सेवािए उपलब्ध ोती ैं। सुलभ प्रारूपोिं में जानकारी प्रदान करने के दलए उपयुक्त स ायक साधन और सेवाएँ भी दिनः शुल्क उपलब्ध ैं। 1-855-296-8800 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian: ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-855-296-8800 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

Portuguese: ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-855-296-8800 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd ki disponib pou ou gratis nan lang ou pale a. Èd ak sèvis anplis apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-855-296-8800 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Prosimy zadzwonić pod numer 1-855-296-8800 (TTY:711) lub porozmawiać ze swoim świadczeniodawcą.

Japanese: 注:日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-855-296-8800 (TTY:711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

B. Preguntas frecuentes

En la siguiente tabla se indican las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué es un plan Medicaid Advantage Plus (MAP/HMO) + Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP)?	Nuestro plan MAP es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) que está alineada con un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP) (Medicaid y Medicare). Nuestro plan combina sus servicios de atención en casa y atención a largo plazo de Medicaid y sus servicios de Medicare. Combina sus médicos, hospital, farmacias, atención en casa, atención en un centro de atención residencial, atención de salud conductual (servicios de salud mental y consumo de sustancias/adicciones) y otros proveedores de atención médica en un sistema de atención médica coordinado. También tiene administradores de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para darle la atención que necesita. Nuestro plan MAP se llama Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage.
¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid en el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage que recibo ahora?	Si usted viene al Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage desde Medicare Original u otro plan de Medicare, es posible que reciba los beneficios o servicios de manera diferente. Obtendrá casi todos sus beneficios cubiertos de Medicare y Medicaid directamente del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage.
	Cuando se inscribe en el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage, usted y su equipo de atención trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Atención individualizado para tratar sus necesidades de salud y apoyo, reflejando sus preferencias y objetivos personales. Si está tomando medicamentos de la Parte D de Medicare que el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage normalmente no cubre, puede obtener un suministro temporal y lo ayudaremos a
	hacer la transición a otro medicamento o a solicitar una excepción para que el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en el pie de página de este documento.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Puedo usar los mismos proveedores de atención médica que uso ahora?	Ese suele ser el caso. Si sus proveedores (incluyendo médicos, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención médica) trabajan con el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage y tienen un contrato con nosotros, puede seguir acudiendo a ellos.
	 Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están "dentro de la red". Debe usar los proveedores de la red del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage.
	 Si necesita atención de urgencia o emergencia o servicios de crisis de salud conductual o servicios de diálisis fuera del área, puede usar proveedores fuera de la red del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage. También puede usar proveedores fuera de la red cuando el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage autoriza el uso de proveedores fuera de la red.
	Para averiguar si sus proveedores están en la red del plan, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o lea el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage. También puede visitar nuestro sitio web en www.villagecaremax.org para obtener la lista más actualizada.
	Si el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage es nuevo para usted, trabajaremos con usted para desarrollar un plan de atención individualizado (ICP) que cubra sus necesidades. Puede seguir usando los proveedores que usa ahora durante 90 días o hasta que se complete su ICP. Además, los miembros que se inscriban a partir del 1 de enero de 2026 pueden seguir usando sus mismos proveedores de salud conductual hasta por 24 meses como parte de un episodio continuo de atención. "Episodio continuo de atención en salud conductual" significa un curso de tratamiento ambulatorio de salud conductual—excluyendo los servicios ambulatorios de desintoxicación y manejo de la abstinencia—que comenzó antes de la fecha de entrada en vigor de la inclusión del beneficio de salud conductual en MAP, en el área geográfica de servicio donde se habían prestado servicios a un miembro al menos dos veces durante los seis meses anteriores al 1 de enero de 2026, por el mismo proveedor y para el tratamiento de la misma condición de salud conductual o una condición relacionada.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué es un administrador de atención?	Un administrador de atención es su principal persona de contacto en nuestro plan. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que obtenga lo que necesita.
	Los miembros pueden tener un administrador de atención que trabaje para el plan, así como un administrador de atención especializado en Health Home/Health Home Plus (consulte la sección E . Beneficios cubiertos fuera del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage).
¿Qué son los servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS)?	Los servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) son ayuda para personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar comida y tomar medicamentos. A menudo, estos servicios se prestan en su casa o en su comunidad, pero también se pueden prestar en un centro de atención residencial o en un hospital cuando sea necesario. Los MLTSS están disponibles para los miembros que cumplan ciertos requisitos clínicos y económicos.
¿Qué sucede si necesito un servicio pero nadie en la red del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage puede prestarlo?	La mayoría de los servicios los prestarán los proveedores de nuestra red. Si necesita un servicio que no pueda prestarse dentro de nuestra red, por ejemplo, debido a la escasez de personal con la experiencia o la disponibilidad necesarias para prestar servicios, el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage cubrirá los servicios que preste un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage?	El área de servicio de este plan incluye: Putnam, Bronx, Kings (Brooklyn), Nueva York (Manhattan), Queens, Richmond (Staten Island), Nassau y Westchester, Nueva York. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué es la autorización previa?	La autorización previa significa que debe obtener la aprobación del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage antes de que el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage cubra un servicio, artículo o medicamento específico o un proveedor fuera de la red. Es posible que el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage no cubra el servicio, el artículo o el medicamento si no obtiene la aprobación previa. Si necesita atención de urgencia o emergencia o servicios de crisis de salud conductual o servicios de diálisis fuera del área, no es necesario que primero obtenga la aprobación. El Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage puede darle una lista de servicios o procedimientos que requieren que obtenga autorización previa del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage antes de que se preste el servicio. Consulte el capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de Beneficios en el capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura para saber qué servicios requieren una autorización previa. Si tiene preguntas sobre si se requiere autorización previa para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en el pie de página de este documento para obtener ayuda.
¿Qué es una remisión?	Una remisión significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación por escrito antes de que pueda usar especialistas u otros proveedores de la red del plan. Esto puede hacerse de manera electrónica; sin embargo, si no obtiene la aprobación, el Plan VillageCareMAX Total Advantage podría no cubrir los servicios. No necesita una remisión para consultar a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. El Plan VillageCareMAX Total Advantage puede darle una lista de los servicios que requieren que usted obtenga una remisión de su PCP antes de que se preste el servicio. Para obtener más información sobre cuándo se necesita una remisión, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o consulte el capítulo 3 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> .

Preguntas frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Pago una cantidad mensual (también llamada prima) según el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage?	No. Como tiene Asistencia Médica (Medicaid), no pagará ninguna prima mensual por su cobertura médica. Sin embargo, usted es responsable de pagar su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la Asistencia Médica (Medicaid) u otra entidad la pague por usted.
¿Pago un deducible como miembro del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage?	No. Usted no paga deducibles en el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage.
¿Cuál es el máximo de gastos de bolsillo que pagaré por los servicios médicos como miembro del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage?	No hay costos compartidos (copagos o deducibles) para los servicios médicos en el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage, por lo que sus gastos de bolsillo anuales serán de \$0.

C. Descripción general de los servicios

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que puede necesitar y las reglas sobre los beneficios.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita atención en un hospital	Atención en un hospital para pacientes ingresados	\$0	Durante una hospitalización de emergencia, su proveedor de atención médica debe informar al plan sobre su ingreso, pero no se requiere autorización previa. La atención de emergencia no requiere autorización previa.
	Servicios ambulatorios en un hospital (incluye el tratamiento ambulatorio de un médico o un cirujano)	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	\$0	Se requiere autorización previa.
Quiere usar un proveedor de atención médica para pacientes	Visitas al médico (incluye las visitas a proveedores de atención primaria y especialistas)	\$0	No se requiere autorización previa para las visitas de rutina.
ambulatorios	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	No se requiere autorización previa para las visitas de rutina.
Quiere usar un proveedor de atención médica	Atención preventiva (atención para evitar que enferme, como las vacunas contra la gripe y otras)	\$0	No se requiere autorización previa para los servicios cubiertos de proveedores dentro y fuera de la red.
	Visitas de bienestar, como un examen físico	\$0	No se requiere autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
	Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)	\$0	No se requiere autorización previa para los servicios cubiertos de proveedores dentro y fuera de la red.
Necesita atención de emergencia	Servicios en la sala de emergencias, incluyendo las emergencias de salud mental en Programas Integrales de Emergencia Psiquiátrica (CPEP) El plan cubre beneficios adicionales. Consulte "Cobertura de emergencia/ urgencia en todo el mundo" en la sección D.	\$0	Puede usar cualquier sala de emergencias o CPEP si cree razonablemente que necesita atención de emergencia. No necesita autorización previa y no tiene que estar dentro de la red. Los servicios en la sala de emergencias NO están cubiertos fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más información.
	Atención de urgencia El plan cubre beneficios adicionales. Consulte "Cobertura de emergencia/ urgencia en todo el mundo" en la sección D.	\$0	La atención de urgencia no es atención de emergencia. No necesita autorización previa y no tiene que estar dentro de la red. La atención de urgencia NO está cubierta fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más información.
Necesita pruebas médicas	Pruebas de laboratorio, como análisis de sangre	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Radiografías u otras imágenes, como CAT	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
	Exámenes de detección, como pruebas para detectar el cáncer	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita servicios de audición/del oído	Pruebas de audición (incluyendo exámenes de audición de rutina)	\$0	No se requiere autorización previa.
	Audífonos (con la adaptación, accesorios y suministros asociados)	\$0	Se requiere autorización previa. Tiene cubiertos \$625 por oído cada año, con un máximo de hasta \$1,250 por 2 audífonos (1 por oído).
Necesita atención dental	Servicios dentales (incluyendo, entre otros, exámenes y limpiezas de rutina, radiografías, empastes, coronas, extracciones, dentaduras postizas y cuidado endodóntico y periodontal) El plan cubre beneficios adicionales.	\$0	Se aplican autorizaciones previas y limitaciones para algunos servicios. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener una lista completa de información sobre los servicios dentales diagnósticos, preventivos e integrales.
Necesita atención de la vista (Este servicio continúa en la página siguiente)	Servicios de la vista (incluyendo los exámenes de la vista anuales) El plan cubre beneficios adicionales.	\$0	Está cubierto para un examen de la vista de rutina por año. La cobertura incluye exámenes anuales de detección de glaucoma y diabetes para los miembros que cumplan ciertos requisitos clínicos.
Necesita atención de la vista (continuación)	Anteojos o lentes de contacto El plan cubre beneficios adicionales.	\$0	Lentes de contacto Hasta \$350 por año para anteojos (lentes y monturas) Un par de lentes para anteojos Una montura para anteojos Se requiere autorización previa.
	Otros cuidados de la vista (incluyendo el	\$0	Es posible que se requiera autorización previa

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
	diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y condiciones de la vista)		para algunos servicios.
Evaluación anual de necesidades sociales relacionadas con la salud y orientación hacia servicios	Puede conectarse con organizaciones en su comunidad que prestan servicios para ayudar con la vivienda, el transporte y la administración de la atención sin costo para usted, mediante una red de asistencia social (SCN) regional.	\$0	Si está interesado, llame a Servicios para Miembros y lo conectaremos con una SCN en su área. El navegador de asistencia social verificará su elegibilidad, le dará más información sobre estos servicios y lo ayudará a conectarse con ellos.
Tiene una condición de salud mental (Este servicio continúa en la página siguiente)	Atención de salud mental para pacientes ingresados (servicios de salud mental a largo plazo, incluyendo los servicios en un hospital psiquiátrico, hospital general, unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, centro de atención a corto plazo (STCF), centro de tratamiento de adicciones operado por el estado (ATC), rehabilitación de adicción para pacientes ingresados, desintoxicación médicamente supervisada para pacientes ingresados u hospital de acceso crítico)	\$0	Se requiere autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Tiene una condición de salud mental (continuación)	Atención de salud mental para pacientes ambulatorios adultos Tratamiento diurno continuo (CDT) Hospitalización parcial	\$0	Se requiere autorización previa.
	Atención de salud mental de rehabilitación ambulatoria para adultos Tratamiento asertivo comunitario (ACT) Servicios ambulatorios de tratamiento y rehabilitación en salud mental (MHOTRS) Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS)	\$0	<u>No</u> se requiere autorización previa.
	Servicios ambulatorios de rehabilitación en salud mental y adicciones para miembros adultos que cumplen los requisitos clínicos. Estos también se conocen como servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE). Servicios CORE: Rehabilitación psicosocial (PSR) Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST) Servicios de empoderamiento – apoyo entre pares Apoyo y capacitación familiar (FST)	\$0	No se requiere autorización previa.
Tiene una condición de salud mental	Servicios de crisis de salud mental para adultos	\$0	<u>No</u> se requiere autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
(continuación)	Programa Integral de Emergencia Psiquiátrica (CPEP) Servicios móviles para atención de crisis y servicios de atención de crisis por teléfono Programas residenciales para atención de crisis		
	Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (incluyendo, entre otros, orientación y terapia clínica, apoyo entre pares, rehabilitación psicosocial, administración de medicamentos, psicoeducación familiar y modelos intensivos de atención ambulatoria) (Nota: Esta no es una lista completa de los servicios de salud mental ambulatorios ampliados del plan. Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o lea la Evidencia de Cobertura para obtener más información).	\$0	Los servicios los puede prestar cualquier agencia proveedora autorizada, designada o aprobada por la OMH, o un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico, psiquiatra, psicólogo o enfermero de práctica avanzada (APN) de la Red de Profesionales Independientes (IPN), u otro profesional de la salud mental calificado según lo permitan las leyes estatales aplicables. Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.
Tiene una crisis de salud mental o de consumo de sustancias	Servicios móviles para atención de crisis (evaluación por teléfono o respuesta de un equipo de crisis móvil); estabilización de crisis residenciales a corto plazo (para crisis de salud mental)	\$0	Cualquier proveedor aprobado de servicios móviles de crisis o residencia para crisis con licencia en el estado de Nueva York.
Tiene una condición de salud mental o un	Servicios CORE (que son apoyos móviles de salud conductual centrados en la persona y	\$0	Los servicios CORE están disponibles para los miembros que cumplen ciertos requisitos

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
trastorno por consumo de sustancias	orientados a la recuperación. Los servicios CORE desarrollan competencias y confianza en la propia capacidad, fomentando y facilitando la participación en la comunidad y la independencia). (Nota: Para obtener más información sobre los servicios CORE y para determinar si es elegible para ellos, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o lea la Evidencia de Cobertura).		clínicos. Cualquier persona puede hacer una remisión o solicitar los servicios CORE por iniciativa propia.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Tiene un trastorno por consumo de sustancias	Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias para pacientes ingresados y ambulatorios (incluyendo, entre otros, la desintoxicación y el manejo de la abstinencia, los servicios residenciales a corto plazo, los servicios del centro de tratamiento residencial y el tratamiento asistido con metadona) (Nota: Esta no es una lista completa de los servicios ampliados para trastornos por consumo de sustancias del plan. Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o lea la Evidencia de Cobertura para obtener más información).	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios.
Necesita un lugar para	Atención de enfermería especializada	\$0	Se requiere autorización previa.
vivir con personas disponibles para	Centro de atención residencial	\$0	Se requiere autorización previa.
ayudarlo	Cuidado de compañía (cuidado a largo plazo en un centro de enfermería)	\$0	Los servicios están cubiertos para las personas que cumplen el nivel de atención de un centro de enfermería y cuyos objetivos de rehabilitación han sido alcanzados o se han discontinuado sin plan de alta a la comunidad dentro de los 180 días posteriores al ingreso. Se requiere autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita terapia después de un derrame cerebral o accidente	Terapia ocupacional, física o del habla (ambulatoria o en casa)	\$0	Se requiere autorización previa.
Necesita ayuda para Ilegar a los servicios médicos	Transporte de emergencia	\$0	No se requiere autorización previa de proveedores dentro y fuera de la red.
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (este servicio continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare (incluyendo los que le da su proveedor en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos)	\$0	Lea la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre estos medicamentos. Se requiere autorización previa para algunos medicamentos inyectables.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación)	Medicamentos de la Parte D de Medicare Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos Nivel 2: Medicamentos genéricos Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Nivel 4: Medicamentos no preferidos Nivel 5: Medicamentos de especialidad Nivel 6: Medicamentos seleccionados para el cuidado	\$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte el Formulario (Lista de medicamentos cubiertos) del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage en www.villagecaremax.org para obtener más información. Es posible que el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage requiera que primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Algunos medicamentos tienen límites de cantidad. Su proveedor debe obtener una autorización previa del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage para ciertos medicamentos.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación)			Debe usar ciertas farmacias para un número muy limitado de medicamentos, debido a requisitos especiales de manejo, coordinación con proveedores o educación para el paciente que la mayoría de las farmacias de su red no pueden cumplir. Estos medicamentos figuran en el sitio web del plan (Formulario, <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>) y en los materiales impresos, así como en el Buscador de planes de medicamentos con receta de Medicare en www.medicare.gov/plan-compare. Un suministro extendido de medicamentos de "mantenimiento" está disponible mediante farmacias retail y de pedidos por correo. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que se toman de forma habitual, para una condición médica crónica o a largo plazo.
	Medicamentos de venta libre (OTC) El plan cubre beneficios adicionales. Consulte "Artículos de venta libre (OTC) relacionados con la salud" en la sección D.	\$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage para obtener más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Necesita cuidado de los pies	Servicios de podología (incluyendo los exámenes de rutina)	\$0	Se requiere autorización previa.
	Servicios ortopédicos	\$0	Es posible que se apliquen autorizaciones previas y limitaciones.
Necesita equipo médico duradero (DME) o suministros	Por ejemplo: sillas de ruedas, nebulizadores, muletas, andadores con apoyo para la rodilla, andadores y equipo y suministros de oxígeno. (Nota: Esta no es una lista completa de DME o suministros cubiertos. Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o lea la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información).	\$0	Se requiere autorización previa para algunos artículos y suministros de DME.
Necesita servicios de intérprete	Intérprete de lenguaje hablado	\$0	Los servicios de intérprete están disponibles para personas que no hablan inglés.
	Intérprete de lenguaje de señas	\$0	Los servicios de comunicación están disponibles para personas sordas e hipoacúsicas.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Otros servicios cubiertos (Este servicio continúa en la página siguiente)	Acupuntura El plan cubre beneficios adicionales.	\$0	Servicios de acupuntura cubiertos por Medicare Estándar y acupuntura (más allá de la cobertura de Medicare): • Hasta 40 visitas al año (5 visitas al mes). Se requiere autorización previa para algunos servicios. Los servicios los debe prestar un proveedor certificado y con licencia en la red del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage.
	Coordinación del plan de atención	\$0	El plan ayuda a coordinar su atención para obtener mejores resultados de salud. Su administrador de atención trabajará con usted y sus proveedores para desarrollar su plan de atención y coordinar sus servicios.
	Servicios quiroprácticos	\$0	Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare Estándar. Se requiere autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Suministros para diabéticos	\$0	Abbott es el fabricante preferido de dispositivos y suministros para pruebas de glucosa en sangre.
			Es posible que se requiera autorización previa para algunos suministros.
	Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) (incluye pruebas preventivas, exámenes médicos, evaluaciones y servicios de la vista y la audición, vacunas, pruebas de detección de plomo y servicios de enfermería privada)	\$0	EPSDT es para miembros menores de 21 años.
	Planificación familiar	\$0	Los servicios de planificación familiar que prestan proveedores fuera de la red están cubiertos directamente por el pago por servicio de Medicaid.
	Cuidados de hospicio	\$0	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Medicare Original, no el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage. Coordinaremos los servicios con su proveedor de hospicio y cubriremos el alojamiento y la comida en caso de que se encuentre en un SNF o en una residencia de hospicio.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Mamografías	\$0	Los servicios cubiertos incluyen: Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses
	Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) (incluyendo, entre otros, servicios de vida asistida; terapia cognitiva, del habla, ocupacional y física; servicios de tareas domésticas; comidas entregadas a domicilio; modificaciones residenciales (como la instalación de rampas o barras de apoyo); y cuidado social para adultos)	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios. MLTSS presta servicios a los miembros que necesitan el nivel de atención que normalmente se da en un centro de enfermería y les permite obtener la atención necesaria en un entorno residencial o comunitario. MLTSS está disponible para todos los miembros; la autorización específica de servicios, incluyendo la cantidad, se indica en el Plan de Atención individualizado y aprobado del miembro.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Atención médica diurna (incluye los servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación bajo supervisión médica y de enfermería en un entorno de atención ambulatoria)	\$0	La atención médica diurna se da para cubrir las necesidades de las personas con discapacidades físicas o cognitivas y apoyar su vida en la comunidad. Se requiere autorización previa.
	Asistencia para el cuidado personal (PCA) (asistencia con las actividades diarias, como bañarse, vestirse, usar el baño, ir de compras, cocinar, incluyendo las tareas relacionadas con la salud que hace una persona calificada en la casa de un miembro, bajo la supervisión de un enfermero profesional registrado y certificadas por un médico según el plan de atención escrito del miembro)	\$0	Se requiere autorización previa.
	Servicios protésicos	\$0	La cobertura incluye aparatos y dispositivos protésicos que reemplazan cualquier parte del cuerpo faltante. Se aplican autorizaciones previas y limitaciones.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre beneficios)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Servicios para ayudar a manejar su enfermedad	\$0	 Usted está cubierto para recibir servicios que lo ayudarán a manejar sus enfermedades, como: Servicios de administración de la atención, incluyendo la educación sobre diversas enfermedades y el acceso a los servicios necesarios Servicios de educación sobre enfermedades de los riñones Eventos de bienestar que dan educación y exámenes preventivos Programa de Gestión de Terapia con Medicamentos (MTM) que ayuda a los miembros elegibles a administrar sus medicamentos Programa de Administración de Medicamentos (DMP) que ayuda a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura

El resumen de beneficios de arriba es solo para darle información. Para obtener más información sobre sus beneficios, puede leer la *Evidencia de Cobertura* del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage. Si tiene preguntas, también puede llamar a los Servicios para Miembros del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage a los números que aparecen al final de esta página.

D. Servicios adicionales que cubre el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página o lea la *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre otros servicios cubiertos.

Servicios adicionales que cubre el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage	Sus costos
Beneficio FLEX: \$585 por año para servicios dentales, de la vista o de la audición adicionales. \$48.75 por mes; las cantidades que no se usan se acumulan mensualmente y vencen al final del año.	\$0
Membresía de fitness: Está cubierto para una membresía de fitness gratis	\$0
 Artículos de venta libre (OTC) relacionados con la salud: Está cubierto por hasta \$305 por mes en su tarjeta OTC para comprar artículos aprobados: Medicamentos sin receta y artículos relacionados con la salud en los lugares participantes o en línea para entrega a domicilio Pruebas de COVID-19 Audífonos Miembros elegibles para Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI):	\$0

Servicios adicionales que cubre el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage	Sus costos
Artículos de venta libre (OTC) relacionados con la salud (continuación):	
Productos para la calidad del aire en interiores	
 Productos para el control de plagas 	
Tarifa de transporte de autobús/metro	
Cualquier cantidad de beneficio que no se use se transfiere de un mes a otro, pero vence al final del año. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.	\$0
La comida y los productos frescos (artículos del supermercado), la gasolina en la gasolinera, los servicios públicos, la asistencia para el alquiler/la hipoteca, los productos para el control de plagas, los productos para la calidad del aire interior, el transporte público y el transporte para necesidades no médicas forman parte de los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Para ser elegible para recibir los beneficios de SSBCI, se debe determinar que las personas inscritas tienen una enfermedad crónica, condición crónica (p. ej., diabetes, insuficiencia cardíaca crónica, trastorno cardiovascular, condiciones de salud mental crónicas y discapacitantes, derrame cerebral u otras condiciones elegibles) y cumplen los criterios de cobertura. Los miembros inscritos en el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage calificarán.	
Servicios de la red de asistencia social: Dan ayuda con la vivienda, el transporte y la administración de la atención sin costo alguno para los miembros elegibles. Un navegador de asistencia social puede trabajar con usted para determinar si califica para servicios que pueden ayudarlo con su salud y bienestar. Llame a Servicios para Miembros para conectarse con una red de asistencia social en su comunidad.	\$0
Transporte para necesidades no médicas para miembros con SSBCI: Tiene cobertura para 24 viajes de ida (12 viajes de ida y vuelta) al año para citas no médicas a lugares aprobados por el plan, usando servicios de taxi, camioneta o transporte compartido.	\$0
Cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo y transporte de emergencia: Hasta \$50,000 por año cuando	\$0

Servicios adicionales que cubre el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage	Sus costos	
viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios, incluyendo la revisión de todos los servicios.		

E. Beneficios cubiertos fuera del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página para obtener información sobre otros servicios que no están cubiertos por el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage, pero que están disponibles mediante el pago por servicio de Medicaid.

Otros servicios cubiertos directamente por el pago por servicio de Medicaid	Sus costos
CSS (Servicios de Apoyo a la Comunidad)	\$0
Servicios de administración de la atención de Health Home (HH) y Health Home Plus (HH+)	\$0
Clínicas comunitarias certificadas de salud conductual (CCBHC)	\$0
Servicios residenciales de crisis para jóvenes de 18-20 años	\$0
Transporte médico que no sea de emergencia	\$0

F. Servicios que el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage, Medicare y Medicaid no cubren

Los siguientes servicios no están cubiertos por nuestro plan. Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en el pie de página de este documento para obtener información sobre otros servicios excluidos.

Servicios que el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage, Medicare y Medicaid no cubren

Cirugía estética si no es médicamente necesaria.

Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.

Servicios de hospicio relacionados con un diagnóstico de enfermedad terminal.

Servicios de naturopatía (usa tratamientos naturales o alternativos).

Artículos personales y de confort.

Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria.

Reversión de los procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos de venta libre.

Atención quiropráctica de rutina (excepto la manipulación manual de la columna vertebral según las directrices de cobertura de Medicare).

Servicios considerados no razonables o necesarios, según los estándares de Medicare Original.

Servicios de un proveedor que no forma parte del plan, a menos que el plan lo envíe a ese proveedor.

G. Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage, usted tiene ciertos derechos con respecto a su atención médica. Usted también tiene ciertas responsabilidades con los proveedores de atención médica que lo atienden. No importa cuál sea su condición de salud, no le pueden negar el tratamiento médicamente necesario. Puede usar estos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le informaremos sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la *Evidencia de Cobertura*.

Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tiene derecho al respeto, a la equidad y a la dignidad. Esto incluye el derecho a:
 - Obtener servicios cubiertos sin preocuparse por la raza, el origen étnico, el país de origen, el color, la religión, el credo, el sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), la edad, el estado de salud, la discapacidad mental, física o sensorial, la orientación sexual, la información genética, la capacidad de pago o la capacidad para hablar inglés. Está prohibido que cualquier proveedor de atención médica adopte prácticas que constituyan discriminación ilegal contra cualquier miembro, según las leyes o reglamentaciones estatales o federales.
 - o Pedir y obtener información en otros formatos (por ejemplo, letra grande, braille, audio) sin cargo.
 - o Estar libre de cualquier forma de restricción física o reclusión.
 - o No ser facturado por los proveedores de la red.
 - Obtener respuestas completas y corteses a sus preguntas y preocupaciones.
 - Hacer valer sus derechos libremente sin ningún efecto negativo en la forma en que el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage o su proveedor lo tratan.
- Usted tiene derecho a recibir información sobre su atención médica. Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de beneficios. Esta información debe estar en un formato e idioma que pueda entender. Estos derechos incluyen obtener información sobre:
 - El Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage.
 - o La descripción de los servicios que cubrimos.
 - Cómo obtener servicios.
 - Cuánto le costarán los servicios.

- Los nombres de proveedores de atención médica y administradores de atención.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, incluso a rechazar el tratamiento. Esto incluye el derecho a:
 - Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiar su PCP en cualquier momento durante el año. Puede llamar al 1-855-296-8800 (TTY: 711) si quiere cambiar de PCP.
 - o Usar un proveedor de atención médica para la mujer sin una remisión.
 - o Obtener sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente.
 - Conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar cuánto cuesten o si están cubiertas.
 - o Rechazar el tratamiento en la medida en que la ley lo permita, incluso si su proveedor de atención médica lo desaconseja.
 - o Dejar de tomar medicamentos, incluso si su proveedor de atención médica se lo desaconseja.
 - Pedir una segunda opinión sobre cualquier atención médica que su PCP o su equipo de atención le recomiende tener. El Plan
 VillageCareMAX Medicare Total Advantage pagará el costo de su visita de segunda opinión.
 - o Dar a conocer sus deseos de atención médica en una directiva anticipada.
- Tiene derecho a acceder oportunamente a atención sin barreras de comunicación ni de acceso físico. Esto incluye el derecho a:
 - Obtener atención médica oportuna.
 - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto significa un acceso sin barreras para las personas con discapacidad, de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.
 - Tener intérpretes que lo ayuden a comunicarse con sus médicos, otros proveedores y su plan médico. Llame al 1-855-296-8800
 (TTY: 711) si necesita ayuda con este servicio.
 - Hacer que su Evidencia de Cobertura y cualquier material impreso del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage se traduzcan a su
 idioma materno, o que le lean estos materiales en voz alta si tiene problemas para ver o leer. Los servicios de interpretación estarán
 disponibles previa solicitud y sin cargo.
 - Estar libre de cualquier forma de restricción física o reclusión que pueda usarse como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.
- Usted tiene derecho a recibir atención de emergencia y urgencia cuando la necesite. Esto significa que usted tiene derecho a:
 - Obtener servicios de atención de emergencia y urgencia 24/7, sin aprobación previa.
 - Usar un proveedor de atención de urgencia o emergencia fuera de la red, cuando sea necesario.



- Usted tiene derecho a la confidencialidad y a la privacidad. Esto incluye el derecho a:
 - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que pueda entender y pedir que se cambien o corrijan sus registros.
 - Que su información médica personal se mantenga privada. No se revelará información médica personal a nadie sin su consentimiento, a menos que lo exija la ley.
 - o Tener privacidad durante el tratamiento.
- Usted tiene derecho a presentar quejas sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye el derecho a:
 - Acceder a un proceso sencillo para expresar sus preocupaciones y esperar un seguimiento del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage.
 - Presentar una queja o queja formal contra nosotros o nuestros proveedores. También tiene derecho a apelar ciertas decisiones que tomemos nosotros o nuestros proveedores.
 - Solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial estatal).
 - Recibir una explicación detallada sobre por qué se denegaron los servicios.

Sus responsabilidades incluyen, entre otras, las siguientes:

- Tiene la responsabilidad de tratar a los demás con respeto, equidad y dignidad. Usted debe:
 - o Tratar a sus proveedores de atención médica con dignidad y respeto.
 - Ir a las citas, llegar a tiempo y llamar con antelación si va a llegar tarde o tiene que cancelar.
- Usted tiene la responsabilidad de dar información sobre usted y su salud. Usted debe:
 - o Comunicar claramente sus problemas de salud a su proveedor de atención médica y darle la mayor cantidad de información posible.
 - o Informar a su proveedor de atención médica sobre usted y su historial médico.
 - o Informar a su proveedor de atención médica que usted es miembro del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage.

- Hablar con su PCP, administrador de atención u otra persona adecuada sobre consultar a un especialista antes de ir a un hospital (excepto en casos de emergencia).
- Informar a su PCP, administrador de atención u otra persona adecuada dentro de las 24 horas posteriores a cualquier tratamiento de emergencia o fuera de la red.
- Avisar a los Servicios para Miembros del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage si hay algún cambio en su información personal, como su dirección o número de teléfono.
- Usted tiene la responsabilidad de tomar decisiones sobre su atención, incluso de rechazar el tratamiento. Usted debe:
 - o Informarse sobre sus problemas de salud y cualquier tratamiento recomendado, y considerar el tratamiento antes de recibirlo.
 - o Colaborar con su equipo de atención y definir juntos planes y objetivos de tratamiento.
 - Seguir las instrucciones y los planes de atención que usted y su proveedor de atención médica hayan acordado, y debe recordar que rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica podría dañar su salud.
- Usted tiene la responsabilidad de obtener sus servicios del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage. Usted debe:
 - Obtener toda su atención médica del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage, excepto en casos de emergencia, atención de urgencia, servicios de crisis de salud conductual, servicios de diálisis fuera del área o servicios de planificación familiar, a menos que el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage autorice previamente la atención fuera de la red.
 - Evitar que cualquier otra persona use su tarjeta de identificación de miembro del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage para obtener servicios de atención médica.
 - Avisar al Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage cuando crea que alguien ha hecho un mal uso intencional de los beneficios o servicios del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la *Evidencia de Cobertura* del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage. Si tiene preguntas, también puede llamar a los Servicios para Miembros del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage a los números que aparecen al final de esta página.

H. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que el Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage debería cubrir algo que denegamos, llame al Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage al 1-855-296-8800 (TTY: 711). Puede presentar una queja o apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede leer el capítulo 8 de la *Evidencia de Cobertura* del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage. También puede llamar a los Servicios para Miembros del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage a los números que aparecen al final de esta página.

La información de contacto para quejas formales y apelaciones está abajo:

Método	Información de contacto para quejas formales y apelaciones sobre atención médica y medicamentos con receta de la Parte D
LLAME	1-855-296-8800 (TTY: 711) Las llamadas a este número son gratis. Todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
ENVÍE UN FAX	1-347-226-5180
ESCRIBA	VillageCareMAX 112 Charles Street, New York, NY 10014

I. Qué hacer si sospecha de fraude

La mayoría de los profesionales y organizaciones de atención médica que prestan servicios son honestos. Desafortunadamente, puede haber algunos que sean deshonestos.

Si cree que un médico, hospital u otra farmacia está haciendo algo incorrecto, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios para Miembros del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage. Los números de teléfono están al final de esta página.
- También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números 24/7.
- También puede llamar a la Línea Directa de Fraude a Medicaid del Estado de Nueva York: 1-877-87 FRAUD.

Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al Cliente (Customer Service) al 1-855-296-8800 (TTY: 711).

Cómo entender los beneficios

	La Evidencia de Cobertura (EOC) da una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de que se inscriba. Visite www.villagecaremax.org o llame al 1-855-296-8800 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
	Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
	Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para obtener cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
	Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.
Cómo e	ntender las reglas importantes
	Efecto sobre la cobertura actual. Su cobertura de atención médica actual terminará una vez que comience su nueva cobertura de
	Medicare. Por ejemplo, si está en un plan de Tricare o de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura.
	Medicare. Por ejemplo, si está en un plan de Tricare o de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su
	Medicare. Por ejemplo, si está en un plan de Tricare o de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura. Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague
	Medicare. Por ejemplo, si está en un plan de Tricare o de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura. Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.

VillageCareMAX es un plan HMO con contratos de Medicare y Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción en VillageCareMAX depende de la renovación del contrato.

Si tiene preguntas generales sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de identificación de miembro, llame a Servicios para Miembros del Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage:

1-855-296-8800

Las llamadas a este número son gratis. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., todos los días.

Servicios para Miembros también tiene servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY: 711

Este número requiere un equipo telefónico especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

Las llamadas a este número son gratis. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., todos los días.

Si tiene preguntas sobre su salud:

- Llame a su proveedor de atención primaria (PCP) o a la clínica, si están abiertos. Siga las instrucciones para recibir atención cuando el consultorio o la clínica estén cerrados.
- Si el consultorio de su PCP está cerrado, también puede llamar a Servicios para Miembros de VillageCareMAX durante el horario de atención y después del horario de atención para el servicio de guardia. Escucharemos su problema y le diremos cómo obtener atención. Los números de Servicios para Miembros y de los Servicios de Guardia de VillageCareMAX son:

1-855-296-8800 – Las llamadas a este número son gratis. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días.

El Plan VillageCareMAX Medicare Total Advantage también tiene servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés. TTY: 711 – Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas.

Si necesita atención de salud conductual inmediata, llame a Servicios para Miembros de Carelon:

1-866-599-1481

Las llamadas a este número son gratis. De 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. El servicio de guardia está disponible después del horario de atención.

VillageCareMAX Medicare Total Advantage también tiene servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY: 711

Las llamadas a este número son gratis. De 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. El servicio de guardia está disponible después del horario de atención.



855-296-8800 Línea gratuita

TTY **711**

Todos los días, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

www.villagecaremax.org