

Programa Piloto de Inmunoglobulina Intravenosa (IGIV) de Medicare

Medicare le invita a participar en un nuevo Programa Piloto de 3 años de duración que finaliza el 31 de diciembre de 2020 para estudiar el impacto de pagar la administración de medicamentos de IGIV en la comodidad de su hogar.

Descripción general

Si usted está inscrito, en el Programa Piloto de IGIV, Medicare realizará un pago integrado por los suministros y los servicios de enfermería relacionados con la administración de medicamentos de IGIV en su hogar.

Participación en este Programa Piloto no afectará ningún otro beneficio de Medicare.

Además, su participación en este Programa Piloto es voluntaria, puede retirarse en cualquier momento.

¿Califico para Participar?

Para poder ser considerado en el Programa Piloto de IGIV, hágase las siguientes preguntas:

- ¿Está inscrito en Medicare Parte B (seguro médico)?
- ¿Tiene cobertura de Medicare Original (Medicare Parte A -Seguro de Hospital y Parte B) y **no** está inscrito en un plan Medicare Advantage (como HMO o PPO)?
- ¿Le han diagnosticado una enfermedad de inmunodeficiencia primaria (IDP)?
- ¿Recibe inmunoglobulina intravenosa para tratar su IDP y le gustaría recibirla en casa, **o bien**, recibe usted inmunoglobulina inyectable por vía subcutánea y desea recibir la administración intravenosa?
- ¿Actualmente no está cubierto por un episodio de salud en el hogar de cuidado porque está confinado? Si su respuesta es **“sí”** a **todas** las preguntas, complete, firme y envíe una solicitud de inscripción si desea ser tomado en cuenta en la selección de participantes. El envío de una solicitud para este Programa Piloto no garantiza que será seleccionado para participar.

¿Cómo puedo participar?

Si desea participar, debe completar, firmar y enviar una solicitud, debido a que el número de participantes y los fondos para dicho programa son limitados. Tanto usted como su médico deben firmar la solicitud y nosotros la debemos recibir antes de las 5 p.m. (hora del Este) el día 9/12/2014 para este período de inscripción inicial.

Usted puede enviarnos su solicitud completada por una de estas formas:

1. Para entrega regular, puede enviar su solicitud a esta dirección:

**Noridian Healthcare Solutions
IVIG Demo
PO Box 6788
Fargo ND 58108-6788**

2. Para envíos con entrega el siguiente día, envíe su solicitud a:

**Noridian Healthcare Solutions IVIG Demo
900 42nd Street South
Fargo ND 58103**

3. Puede enviar por fax su solicitud completa a:

701-277-2428

Inscripción y preguntas

Puede obtener una copia de la solicitud de inscripción en:

- En <http://med.noridianmedicare.com/web/ivig> haga clic en el título del beneficiario

O

Llame al centro de contacto de IVIG en 844-625-6284 para pedir una solicitud por fax o por correo.

Este sitio web de IVIG también incluye:

- Una guía que le ayudará a completar la solicitud de inscripción
- Preguntas Frecuentes
- Enlaces útiles a otros sitios del Internet
- Información de contacto adicional