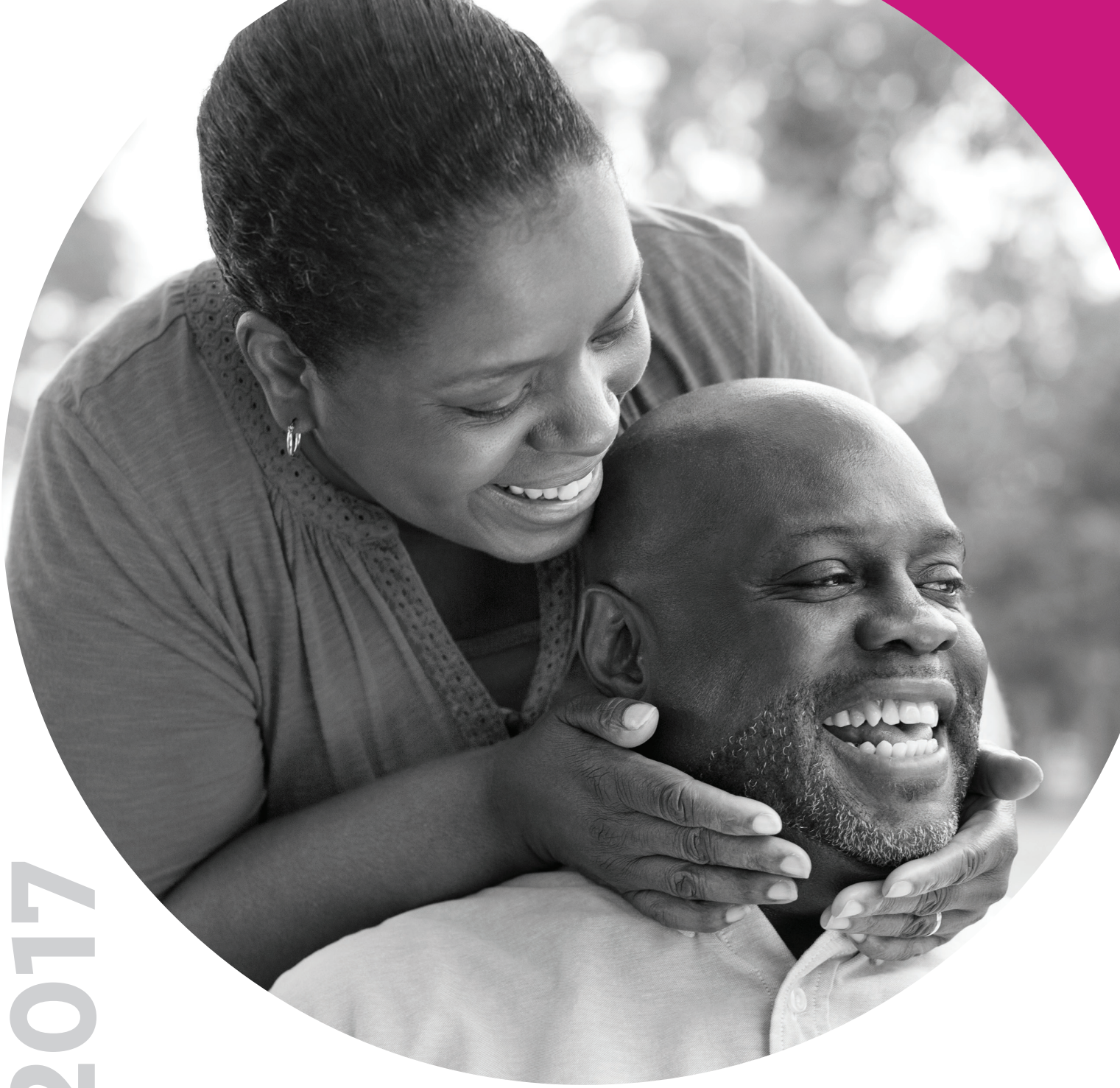


2017

MANUAL DEL AFILIADO

Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

absolute total care | Healthy Connections PRIME

H1723_MH17SA1_SPN_Approved_04192017

Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

Manual del afiliado

1º de enero al 31 de diciembre, 2017

Su Cobertura de salud y medicamentos con el plan Absolute Total Care de Medicare-Medicaid

Este manual habla de la cobertura bajo Absolute Total Care (ATC) hasta el 31 de diciembre, 2017. También explica los servicios de cuidado de salud, cobertura de salud del comportamiento, de medicamentos de receta y los servicios y respaldos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo le proporcionan la ayuda que usted necesite, ya sea que reciba servicios en el hogar o en un hogar para personas mayores. **Éste es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan Absolute Total Care es ofrecido por Absolute Total Care, Inc. Cuando en este *Manual del afiliado* dice “nosotros,” “a nosotros” o “nuestro,” significa Absolute Total Care, Inc. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan,” significa Absolute Total Care. Absolute Total Care ofrece beneficios cubiertos de South Carolina Healthy Connections Medicaid y Medicare.

You can get this handbook for free in other languages for free. Please call our customer service number at 1-855-735-4398 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on federal holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

Puede obtener este manual en otros idiomas gratis. Por favor llame a nuestro número de Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el próximo día hábil. La llamada es gratuita.

Usted puede obtener este manual gratis en otros formatos como letras grandes, braille o audio. Llame a Servicios para Afiliados al número que aparece en la parte inferior de la página. La llamada es gratuita.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Además de solicitar materiales en otros idiomas y formatos, puede también pedirnos que le enviemos materiales futuros en el mismo idioma o formato. Para obtener estos materiales, sírvase llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el próximo día hábil.

Renuncias de garantías

Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de seguro de salud que tiene un contrato con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid, para proporcionar a los inscritos beneficios de los dos programas.

Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados de Absolute Total Care o lea el Manual del afiliado de Absolute Total Care. Esto significa que usted posiblemente tenga que pagar por algunos servicios y que deba seguir ciertas reglas para que Absolute Total Care pague por sus servicios.

La Lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer un cambio que le afecte.

Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1º de enero de cada año.

Capítulo 1: Cómo comenzar como afiliado

Contenido

Su Cobertura de salud y medicamentos con el plan Absolute Total Care de Medicare-Medicaid 1

Renuncias de garantías 2

A. Bienvenido a Absolute Total Care 4

B. ¿Qué son Medicare y Medicaid? 4

Medicare 4

Medicaid 4

C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan? 5

D. ¿Cuál es el área de servicio de Absolute Total Care? 6

E. ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan? 8

F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud 8

G. ¿Qué es un plan de cuidado de salud? 9

H. ¿Absolute Total Care tiene una cuota mensual? 10

I. Información sobre el Manual del afiliado 10

J. ¿Qué otra información le enviaremos? 10

Su Tarjeta de identificación como afiliado de Absolute Total Care 10

Directorio de proveedores y farmacias 11

¿Qué son los “proveedores de la red”? 11

¿Qué son las “farmacias de la red”? 12

Lista de medicamentos cubiertos 12

Explicación de beneficios 13

K. ¿Cómo puede mantener actualizado su expediente de afiliado? 13

¿Mantendremos la privacidad de su información personal? 14

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

A. Bienvenido a Absolute Total Care

Absolute Total Care es un plan de Medicare-Medicaid del programa Healthy Connections Prime. Un *plan de Medicare-Medicaid* es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y respaldos a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye coordinadores de cuidados y equipos de cuidados que le ayudarán, coordinando todos sus proveedores y servicios. Ellos trabajan conjuntamente para darle el cuidado que usted necesita.

Absolute Total Care fue aprobado por el estado y por los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para ofrecerle servicios como parte de Healthy Connections Prime.

Healthy Connections Prime es un programa piloto manejado por el estado de South Carolina y el gobierno federal para ofrecer mejor cuidado de salud a quienes tienen Medicare y Medicaid. Con este programa piloto, el estado y el gobierno federal ensayarán maneras de mejorar la forma en que usted recibe cuidado de salud de Medicare y Medicaid.

B. ¿Qué son Medicare y Medicaid?

Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años de edad o mayores,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

Medicaid

Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y por el estado, para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y respaldos a largo plazo y gastos médicos. También cubre servicios adicionales y medicamentos que Medicare no cubre. En South Carolina, Medicaid se llama Healthy Connections Medicaid.

Cada estado decide qué se cuenta como ingresos y recursos y quién es elegible. También, cada estado decide qué servicios están cubiertos y cuánto cuestan. Los estados pueden decidir cómo administrar sus propios programas de Medicaid, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Medicare y el estado de South Carolina deben aprobar a Absolute Total Care cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por medio de nuestro plan, siempre y cuando:

- nosotros decidamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el estado de South Carolina aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan se cancela, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid no cambiará.

C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan?

Usted recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid a través de Absolute Total Care. Esto incluye medicamentos de receta. Usted no tiene que hacer ningún pago adicional para inscribirse en este plan de seguro de salud.

Absolute Total Care ayudará a que sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid funcionen mejor juntos y que funcionen mejor para usted. Las ventajas incluyen:

- Usted tendrá un equipo de cuidado de salud que será armado con su ayuda. Su equipo de cuidado de salud podría incluir doctores, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud, que le ayudarán a obtener el cuidado que necesita
- Usted tendrá un coordinador de cuidados, quien trabajará con usted, con Absolute Total Care y con sus proveedores con el fin de que usted reciba el cuidado de salud que necesita.
- Usted podrá controlar el cuidado de su salud con ayuda de su equipo de cuidados y del coordinador de cuidados.
- El equipo de cuidados y el coordinador de cuidados trabajarán con usted para preparar un plan de cuidados personales, diseñado para atender sus necesidades de salud. El equipo de cuidados estará a cargo de coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo:
  - » Su equipo de cuidados se asegurará de informar a sus médicos todos los medicamentos que usted toma, para reducir los posibles efectos secundarios.
  - » Su equipo de cuidados se asegurará de que los resultados de sus exámenes sean enviados a todos sus médicos y otros proveedores.

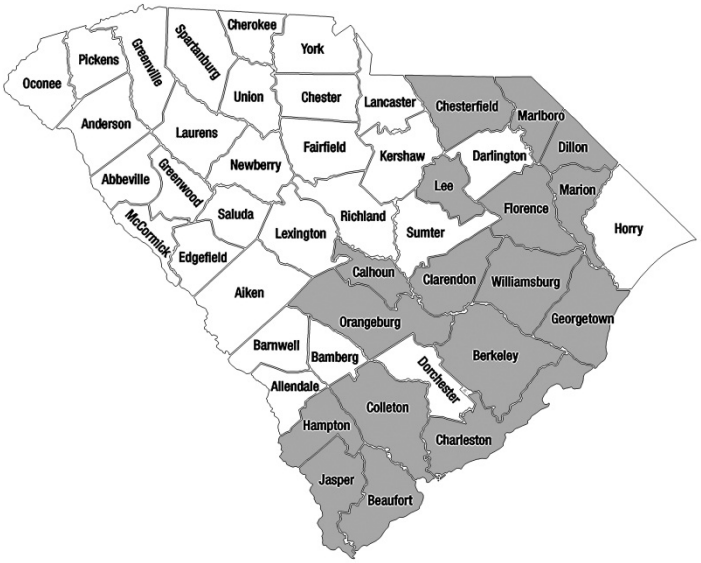
D. ¿Cuál es el área de servicio de Absolute Total Care?

Nuestra área de servicios incluye estos condados en South Carolina:

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Region Upstate (norte del estado):

- *Abbeville*
- *Allendale*
- *Bamberg*
- *Barnwell*
- *Chester*
- *Edgefield*
- *Fairfield*
- *Greenville*
- *Kershaw*
- *Laurens*
- *Lexington*
- *McCormick*
- *Newberry*
- *Pickens*
- *Richland*
- *Saluda*
- *Spartanburg*
- *Union*



Region de la costa:

- *Beaufort*
- *Berkeley*
- *Calhoun*
- *Charleston*
- *Chesterfield*
- *Clarendon*
- *Colleton*
- *Dillon*
- *Florence*
- *Georgetown*
- *Hampton*
- *Jasper*
- *Lee*
- *Marion*
- *Marlboro*
- *Orangeburg*
- *Williamsburg*

Absolute Total Care es sólo para personas que viven en nuestra área de servicio.

Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá continuar en este plan.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?

Usted es elegible para ser afiliado de nuestro plan, si usted:

- vive en nuestra área de servicio; ***y***
- tiene 65 años de edad o más en el momento de su inscripción; ***y***
- tiene Medicare Partes A y B y D; ***y***
- es elegible para beneficios completos de Healthy Connections Medicaid; ***y***
- es ciudadano de Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos.

Aunque reúna todos los criterios de arriba, usted no será elegible para nuestro plan si usted:

- es parte de la población de reducción de gastos de Healthy Connections Medicaid: ***o***
- tiene un Seguro completo de terceros; ***o***
- vive en un Hogar de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) o un Hogar para personas mayores en el momento de la determinación de su elegibilidad; ***o***
- está en un programa de hospicio o recibe servicios por Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) en el momento de la determinación de su elegibilidad; ***o***
- participa en un programa de excepción comunitario a largo plazo, que no sea Community Choices Waiver, HIV/AIDS Waiver o Mechanical Ventilation Waiver.

Usted puede elegir **inscribirse o quedarse en Absolute Total Care** si usted:

- está inscrito en un plan Medicare Advantage o un Programa de cuidados completos para personas mayores (PACE). Su inscripción en Healthy Connections Prime cancela automáticamente su inscripción en su programa existente y cualquier plan de Medicaid Parte D; ***o***
- se transfiere de un hogar para personas mayores o ICF/IIF a la comunidad; ***o***
- ya está inscrito en este plan, pero después entra a un hogar para personas mayores; ***o***
- está inscrito en este plan pero entra en un programa de hospicio o es elegible para servicios de ESRD.

F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Al inscribirse por primera vez en el plan, usted recibirá una evaluación inicial de riesgos de salud dentro de los primeros 30 días, para recoger información sobre su historial médico y social y sus necesidades.

También recibirá una evaluación completa dentro de los primeros 60 o 90 días, dependiendo de sus necesidades de salud. La evaluación completa dará una mirada más profunda a sus necesidades médicas, sociales y sus capacidades. Obtendremos información de usted, sus proveedores, su familia o las personas que le cuidan, cuando sea apropiado. Esta evaluación la realizarán profesionales de la salud entrenados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y coordinador de cuidados.

Podemos combinar su exploración inicial de salud y evaluación completa en una sola evaluación, realizada durante los primeros 60 días. De manera general, las personas inscritas en ciertos programas de excepción de Healthy Connections Medicaid recibirán la combinación de exploración inicial de salud y la evaluación completa.

Si su evaluación completa muestra que usted tiene necesidades de salud muy altas, posiblemente se le requiera que complete una Evaluación a largo plazo con una enfermera registrada. La Evaluación a largo plazo determina si necesita cuidado adicional en un hogar para personas mayores o a través de un programa de excepción con base en la comunidad.

Si Absolute Total Care es nuevo para usted, usted puede seguir viendo a los médicos que ve ahora y conservar sus autorizaciones de servicios actuales durante 180 días después de su inscripción inicial. Durante este período de tiempo usted seguirá teniendo acceso a los mismos artículos, servicios y medicamentos de receta médicamente necesarios como hasta ahora. Usted seguirá teniendo acceso a sus proveedores médicos y mentales y a sus Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).

Muchos de los médicos y otros proveedores ya están en nuestra red, pero si no están, después de 180 días en nuestro plan, usted tendrá que ver médicos y otros proveedores de nuestra red. Podemos ayudarle a hacer la transición a un proveedor de la red en menos de 180 días, una vez que haya completado su evaluación completa, desarrollado un plan de transición y, solamente si usted está de acuerdo. *Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.* Lea más información sobre cómo obtener cuidados en el Capítulo 3, Sección D, página 36.

G. ¿Qué es un plan de cuidado de salud?

Un *plan de cuidado de salud* es un plan para determinar qué servicios médicos usted recibirá y cómo los recibirá.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Después de recibir la evaluación completa, su equipo de cuidados se reunirá con usted, para hablar sobre los servicios de salud que necesita y quiere. Juntos, usted y su equipo de cuidados, prepararán un plan de cuidados.

Cada año, su equipo de cuidados trabajará con usted para actualizar su plan de cuidados, en caso que los servicios de salud que usted necesita y quiere cambien.

H. ¿Absolute Total Care tiene una cuota mensual?

No.

I. Información sobre el Manual del afiliado

Este *Manual del afiliado* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que vaya en contra de estas reglas, usted podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 171 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

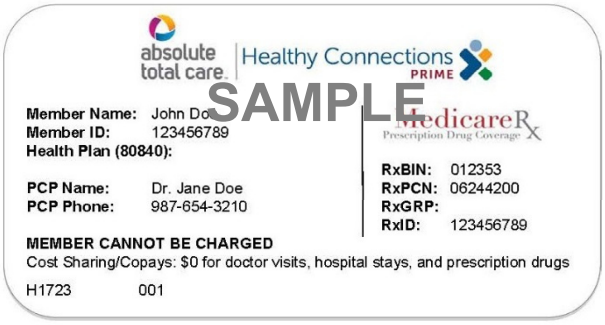
El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en Absolute Total Care entre el 1º de enero y el 31 de diciembre, 2017.

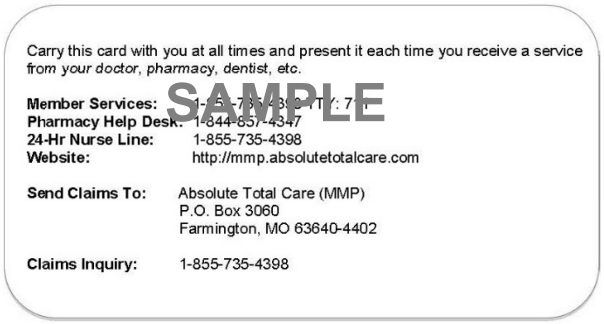
J. ¿Qué otra información le enviaremos?

Usted ya debe haber recibido una Tarjeta que le identifica como afiliado de Absolute Total Care, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* y una *Lista de medicamentos cubiertos*.

Su Tarjeta de identificación como afiliado de Absolute Total Care

Con nuestro plan, usted sólo tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, incluyendo servicios y respaldos a largo plazo y medicamentos de receta. Usted debe mostrar esta tarjeta cuando reciba servicios o medicamentos. La siguiente tarjeta es una muestra de cómo se verá la suya:





Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios para Afiliados y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras usted sea afiliado de nuestro plan, no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de Healthy Connections Medicaid para recibir servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso que las necesite más adelante.

Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de los proveedores y farmacias de Absolute Total Care. Mientras usted sea afiliado de nuestro plan, deberá usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando usted se inscribe por primera vez en nuestro plan (lea la página 8 y 9).

➔ Usted puede pedir, cada año, un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios para Afiliados al número que se encuentra al pie de la página. También, usted puede leer el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web anotado al pie de la página o descargarlo de este sitio web.

El Directorio de proveedores y farmacias proporciona información como direcciones, números telefónicos y horarios de atención. Le informa si la localidad cuenta con facilidades para personas con alguna discapacidad. El Directorio indica también si los proveedores están aceptando nuevos pacientes y si hablan otros idiomas. Tanto Servicios para Afiliados como el sitio web pueden entregarle la información más actual sobre proveedores y farmacias. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o farmacia de la red, llame por favor a Servicios para Afiliados. Si desea que le sea un enviado un Directorio de proveedores y farmacias, puede llamar a Servicios para Afiliados, pedir uno a través del link del sitio web anotado al pie de la página, o enviar un email a ATC_SC_MMP@centene.com.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

- Los proveedores de la red de Absolute Total Care incluyen:

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

» Médicos, enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud, a los que usted podrá visitar siendo afiliado de nuestro plan;

» Clínicas, hospitales, hogares de cuidados para personas mayores y otros sitios que proporcionan servicios de salud en nuestro plan;

» Agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero, proveedores de servicios de excepción, proveedores de servicios a largo plazo y de respaldo y otros proveedores de mercaderías y servicios que usted recibe a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.

- Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan y costo compartido por los servicios cubiertos como pago total.

¿Qué son las "farmacias de la red"?

- Las farmacias de la red son farmacias que han acordado surtir recetas para los afiliados de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que usted desee usar.
- Excepto en casos de emergencia, usted *deberá* surtir sus medicamentos de receta en las farmacias de nuestra red, si desea que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Llame a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página, para obtener más información. Tanto en los Servicios para Afiliados como en el sitio web de Absolute Total Care, usted encontrará la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos.* Para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos" y dice cuáles medicamentos de receta están cubiertos por Absolute Total Care.

La Lista de medicamentos dice también si algún medicamento tiene reglas o restricciones, por ejemplo, un límite a la cantidad que podrá obtener. En el Capítulo 5, Sección C, página 117 encontrará más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos un ejemplar de la Lista de medicamentos, pero algunos cambios podrían ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre cuáles medicamentos están cubiertos, visite nuestro sitio web usando la información anotada al pie de la página o llame a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página.

Explicación de Beneficios

Cuando use sus beneficios de la Parte D, para pagar por medicamentos de receta, le enviaremos un resumen para ayudarle a entender y a mantener un registro de los pagos hechos por la Parte D por sus medicamentos recetados. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (o EOB).

En la *Explicación de beneficios* se indica la cantidad total que usted u otros a su nombre han gastado de la Parte D por medicamentos de receta y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6, Secciones A y B, página 129 se ofrece más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo le ayudarán a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

Una *Explicación de beneficios* también está disponible cuando lo pida. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Afiliados.

K. ¿Cómo puede mantener actualizado su expediente de afiliado?

Usted puede mantener actualizado su expediente de afiliado avisándonos cuando cambie su información.

Los proveedores y farmacias de la red del plan necesitan tener su información correcta. **Ellos utilizarán su expediente de afiliado para saber qué servicios y medicamentos usted recibe y cuánto cuestan**. La mayoría de los servicios son gratuitos, pero es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Si cambió su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Si hay algún cambio de cobertura en cualquier otro tipo de seguro de salud que tenga, por ejemplo de su empleador, del empleador de su esposo o esposa o compensación laboral
- Si tiene algún reclamo por responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico
- Si usted ingresa en un hogar para personas mayores o en un hospital
- Si recibe cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

- Si cambia la persona encargada de su cuidado o la persona responsable por usted
- Si usted es parte de una investigación clínica

Si algún dato cambia, por favor infórmenos llamando a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página.

También puede actualizar su información visitando nuestro sitio web en http://mmp.absolutetotalcare.com. Haga clic en “Login”. Ingrese o cree una cuenta nueva. Luego envíenos un mensaje seguro. Llame a Servicios para Afiliados si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda.

¿Mantendremos la privacidad de su información personal?

Sí. Existen leyes que nos exigen mantener en forma confidencial sus expedientes médicos y su información personal. Nosotros nos aseguramos de que su información médica esté protegida. Para obtener más información sobre la manera en que protegemos su información personal, lea el Capítulo 8, Sección D, página 147.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Contenido

A. Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados de Absolute Total Care 17

Comuníquese con Servicios para Afiliados, si tiene: 17

- Preguntas sobre el plan 17
- Preguntas sobre quejas, facturas o Tarjetas de identificación para los afiliados..... 17
- Preguntas sobre decisiones de cobertura sobre su cuidado de salud 17
- Apelaciones sobre el cuidado de su salud..... 18
- Quejas sobre el cuidado de su salud..... 18
- Decisiones de cobertura de sus medicamentos 18
- Apelaciones por pagos de sus medicamentos 19
- Quejas relacionadas con sus medicamentos 20
- Preguntas sobre la devolución de un pago que hizo por cuidados o medicamentos 20

B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidados 20

Comuníquese con su coordinador de cuidados si: 21

- Tiene alguna pregunta sobre el cuidado de su salud 21
- Quiere ayuda para programar citas 21
- Tiene alguna pregunta sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)..... 22

C. Cómo comunicarse con la Línea de consultoría de enfermeras..... 23

Llame a la Línea de consultoría de enfermeras, si tiene:..... 23

- Preguntas sobre el cuidado de su salud..... 23

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

D. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP) 24

Comuníquese con I-CARE, si tiene:..... 24

- Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare 24

E. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO)..... 25

Comuníquese con KEPRO, si tiene: 25

- Preguntas sobre el cuidado de su salud..... 25

F. Cómo comunicarse con Medicare..... 26

G. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid 28

H. Cómo comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime..... 29

I. Cómo comunicarse con el Ombudsman de Cuidados a largo plazo de South Carolina..... 30

A. Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados de Absolute Total Care

POR TELÉFONO	1-855-735-4398 Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
POR TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil
POR FAX	1-866-719-5435
POR CORREO	Absolute Total Care 1441 Main Street, Suite 900 Columbia, SC 29201
PÁGINA WEB	http://mmp.absolutetotalcare.com

Comuníquese con Servicios para Afiliados, si tiene:

- **Preguntas sobre el plan**
- **Preguntas sobre quejas, facturas o Tarjetas de identificación para los afiliados**
- **Preguntas sobre decisiones de cobertura sobre su cuidado de salud**

  Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

» sus beneficios y servicios cubiertos, ***o***

» sobre la cantidad de los servicios de salud que pagaremos por usted.

Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura del cuidado de su salud.

➔ Para conocer más sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9, Sección 5.2, página 176.

- **Apelaciones sobre el cuidado de su salud**

  Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión que hayamos tomado sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si usted cree que cometimos un error.

  ➔ Para saber más sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 171.

- **Quejas sobre el cuidado de su salud**

  Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor de servicios de salud (incluyendo un proveedor fuera de la red o dentro de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Usted también puede presentarnos una queja sobre la calidad del cuidado de salud que haya recibido o presentarla a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (vea la Sección F de este capítulo, página 26).

  ➔ Si su queja es sobre una decisión de cobertura del cuidado de su salud, puede presentar una apelación (lea la Sección A de este capítulo, página 17).

  ➔ También puede enviar una queja sobre Absolute Total Care directamente a Medicare. Puede usar un formulario por Internet en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) para pedir ayuda.

  ➔ Para saber más sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, lea el Capítulo 9, Sección 10, página 222.

- **Decisiones de cobertura de sus medicamentos**

  Una decisión de cobertura de sus medicamentos es una decisión sobre:

  » sus beneficios y medicamentos cubiertos, ***o***

  » la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Esto es aplicable a sus medicamentos de receta de Medicare, a medicamentos de receta de Healthy Connections Medicaid y a medicamentos de Healthy Connections Medicaid que no requieren receta médica.

➔ Para saber más sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9, Secciones 5.2 (página 176) y 6.4 (página 195).

- **Apelaciones por pagos de sus medicamentos**

Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura.

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son "medicamentos de la Parte D". Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre pero que Healthy Connections Medicaid sí podría cubrir. Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D aparecen como medicamentos de Nivel 3 en la Lista de medicamentos cubiertos.

Usted puede hacer su apelación por un medicamento de la Parte D enviando una solicitud por escrito a la dirección a continuación. Puede además solicitar una apelación llamándonos al número al pie de la página. También puede enviarnos su apelación por fax al 1-844-273-2671.

Absolute Total Care
Attn: Appeals and Grievances -- Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St Louis, MO 63105

Para hacer una apelación por un medicamento de Medicaid, llámenos al número al pie de la página. También puede enviar su apelación por fax a 1-866-918-4457. Si desea hacer su apelación por escrito, envíe su apelación a la siguiente dirección.

Absolute Total Care
Attn: Appeals and Grievances
1441 Main Street, Suite 900
Columbia, SC 29201

➔ Para saber más sobre cómo apelar por pagos de sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 171.

- **Quejas relacionadas con sus medicamentos**

  Usted puede presentar una queja sobre nosotros o cualquiera de las farmacias de nuestra red. Esto incluye quejas relacionadas con sus medicamentos de receta.

  Si su queja es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos de receta, usted puede apelar. *(Lea la* Sección A de este capítulo, página 17*).*

  Usted puede enviar una queja de Absolute Total Care directamente a Medicare. Puede usar un formulario por Internet en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.

  → Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9, Sección 10, página 199.

- **Preguntas sobre la devolución de un pago que hizo por cuidados o medicamentos**

  → Para saber más sobre cómo pedirnos que le devolvamos un pago que haya hecho o que paguemos una factura que recibió, lea el Capítulo 7, Sección B, página 125.

  → Si nos pidió que pagáramos una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Lea el Capítulo 9, Sección 4, página 155 para obtener más información sobre las apelaciones.

B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidados

Un coordinador de cuidados trabajará con usted para desarrollar un plan que satisfaga sus necesidades específicas de atención médica. Esta persona ayuda a coordinar todos sus proveedores, servicios y apoyos. Trabajará con usted, con sus médicos y con su equipo de cuidados para asegurar que reciba el cuidado que necesite. Se le asignará un coordinador de cuidados automáticamente. Si desea cambiar o comunicarse con su coordinador de cuidados, puede llamar a los números de teléfono enumerados a continuación.

POR TELÉFONO	1-855-735-4398 Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
POR TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil
POR FAX	1-844-806-6651
POR CORREO	Absolute Total Care 1441 Main Street, Suite 900 Columbia, SC 29201
PÁGINA WEB	http://mmp.absolutetotalcare.com

Comuníquese con su coordinador de cuidados si:

- **Tiene alguna pregunta sobre el cuidado de su salud**
- **Quiere ayuda para programar citas**

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

- **Tiene alguna pregunta sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)**

  Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS, sigla en inglés) están disponibles para todos los afiliados según sea médicamente necesario, así como a afiliados que pertenecen a determinados programas de exención manejados por la división de Cuidado a largo plazo basado en la comunidad (*Community Long Term Care*, o CLTC por sus siglas en inglés) de Healthy Connections Medicaid. Algunos ejemplos de LTSS incluyen asistencia con bañarse, vestirse, y otras actividades básicas de la vida cotidiana y cuidado personal, además de apoyo para quehaceres de todos los días como la lavandería, compras y transporte.

  Los afiliados en los diferentes programas de excepción pueden recibir tipos y cantidades diferentes de LTSS. Si le parece que usted necesita LTSS usted puede hablar con su coordinador de cuidados sobre cómo acceder a ellos y si usted puede unirse a alguno de estos programas de excepción. Su coordinador de cuidados puede darle información sobre cómo solicitar un programa de excepción apropiado y todos los recursos disponibles para usted bajo el plan.

  En ocasiones, usted podrá recibir ayuda para el cuidado diario de su salud y para sus necesidades diarias. Usted podría ser elegible para obtener los siguientes servicios:

  » Asistente de cuidados personales

  » Cuidado de salud en el hogar

  » Guardería para adultos

  » Servicios de compañía

C. Cómo comunicarse con la Línea de consultoría de enfermeras

La Línea de consejería de enfermeras es un valioso recurso proporcionado a afiliados de Absolute Total Care, pero el cual no debería reemplazar una visita a su proveedor de cuidado primario (PCP). Esta línea de llamadas le proporcionará orientación sobre cómo utilizar cuidado médico y proporciona información acerca de opciones de tratamientos y recursos disponibles. Las llamadas a la Línea de consejería de enfermeras son gratuitas.

POR TELÉFONO	1-855-735-4398 Esta llamada es gratuita. La Línea de consejería de enfermeras está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
POR TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. La Línea de consejería de enfermeras está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana, 365 días al año.

Llame a la Línea de consultoría de enfermeras, si tiene:

- **Preguntas sobre el cuidado de su salud**

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

D. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP)

El Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP) ofrece consejos gratuitos sobre el seguro de salud a las personas con Medicare. En South Carolina, SHIP se llama Programa de asistencia de consejería y referencias para personas mayores (I-CARE). I-CARE no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

La información sobre el programa I-CARE está disponible a través de la Oficina para personas mayores del lugarteniente del gobernador.

POR TELÉFONO	1-800-868-9095 Esta llamada es gratuita. Horario de oficina: de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
POR CORREO	Lt. Governor's Office on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
POR CORREO ELECTRÓNICO	askus@aging.sc.gov
PÁGINA WEB	http://aging.sc.gov

Comuníquese con I-CARE, si tiene:

- **Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare**

  Los consejeros de I-CARE podrán:

  - » ayudarle a entender sus derechos,
  - » ayudarle a entender las opciones de su plan,
  - » responder a sus preguntas sobre el cambio a un plan nuevo,
  - » ayudarle a presentar quejas sobre el cuidado de su salud o tratamientos, ***y***
  - » ayudarle a resolver problemas con sus facturas.

E. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO)

QIO es un grupo de doctores y otros profesionales del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para personas con Medicare. En South Carolina, QIO es una compañía llamada KEPRO. KEPRO no está vinculado con nuestro plan.

POR TELÉFONO	1-844-455-8708 Esta llamada es gratuita. Los afiliados del equipo de KEPRO están disponibles de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. y los sábados, domingos y días feriados de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. También puede dejar un mensaje las 24 horas del día, siete días a la semana. Hay servicios de intérpretes disponibles para los afiliados y personas que les cuiden que no hablen inglés.
POR TTY	1-855-843-4776 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
POR CORREO	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
PÁGINA WEB	http://www.keproqio.com/

Comuníquese con KEPRO, si tiene:

- **Preguntas sobre el cuidado de su salud**

  Usted puede presentar una queja relacionada con el cuidado que recibió, si usted:

  - » Tiene un problema con la calidad del cuidado de salud,
  - » Cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto, ***o***
  - » Cree que el cuidado de salud en el hogar, el cuidado en un hogar para personas mayores o los servicios de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) terminarán demasiado pronto.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

F. Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o mayores, para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y para personas con enfermedad renal en la etapa final (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es CMS (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid).

POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas son gratuitas, 24 horas al día, 7 días de la semana.
POR TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.

PÁGINA WEB	http://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Allí se ofrece información actualizada sobre Medicare. También se ofrece información sobre hospitales, hogares para personas mayores, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y sitios para diálisis. Incluye además folletos que usted podrá imprimir desde su computadora. También podrá encontrar contactos de Medicare en su estado, seleccionando “Formularios, ayuda y recursos” y luego haciendo clic en “Números telefónicos y sitios web”. El sitio web de Medicare tiene la siguiente herramienta para ayudarle a encontrar planes en su área: **Buscador de planes de Medicare:** Aquí se ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos de receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las políticas de Medigap (el seguro suplementario de Medicare) en su área. Seleccione “Buscar planes de salud y medicamentos”. Si no tiene una computadora, podrá pedir ayuda en su biblioteca local o centro para personas mayores. Allí le ayudarán a visitar este sitio web usando sus computadoras. También puede llamar a Medicare, al teléfono anotado arriba, y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.

G. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid

Healthy Connections Medicaid ofrece ayuda con servicios médicos y servicios a largo plazo y ofrece ayuda para cubrir costos para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Healthy Connections Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Healthy Connections Medicaid, llame a Healthy Connections Medicaid.

POR TELÉFONO	1-888-549-0820 Esta llamada es gratuita. Este número está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
POR TTY	1-888-842-3620 Esta llamada es gratuita Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
POR CORREO	South Carolina Department of Health and Human Services P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202
PÁGINA WEB	http://www.scdhhs.gov

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

H. Cómo comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime

El Defensor principal de Healthy Connections ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime que tienen problemas con servicios de salud o con facturas. Allí le podrán ayudar a presentar una queja o una apelación ante su plan de salud.

POR TELÉFONO	1-844-477-4632
POR TTY	TTY/TDD: 711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
FAX	1-803-734-4635
POR CORREO	Healthy Connections Prime Advocate Lt. Governor's Office on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
POR CORREO ELECTRÓNICO	primeadvocate@aging.sc.gov
PÁGINA WEB	http://healthyconnectionsprimeadvocate.com

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

I. Cómo comunicarse con el Ombudsman de Cuidados a largo plazo de South Carolina

El Ombudsman de South Carolina para el Cuidado de salud a largo plazo ayuda a las personas que viven en hogares para personas mayores y en otros ambientes donde se recibe cuidado de salud a largo plazo. Además, ayuda a resolver problemas entre estos lugares y los residentes o sus familias.

La información sobre el Ombudsman de South Carolina para el Cuidado de salud a largo plazo está disponible a través de la Oficina para personas mayores del Lugarteniente del gobernador.

POR TELÉFONO	1-800-868-9095 Esta llamada es gratuita. Los horarios de oficina sonde lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
POR CORREO	Long Term Care Ombudsman Lt. Governor's Office on Aging 1301 Gervais St., Suite 350 Columbia, SC 29201
POR CORREO ELECTRÓNICO	ltcombudsman@aging.sc.gov
PÁGINA WEB	http://aging.sc.gov

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

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

Contenido

A. Sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” 32

B. Reglas para obtener cuidado de salud, salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por el plan 32

C. Su coordinador de cuidados 35

D. Cómo obtener cuidados de su proveedor personal, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red 36

E. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento 41

F. Cómo recibir respaldos y servicios a largo plazo (LTSS) 41

G. Cómo obtener servicios de transporte 42

H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 43

I. ¿Qué pasa si le cobran directamente el costo total de servicios cubiertos por nuestro plan? 46

J. ¿Sus servicios de cuidado de salud son cubiertos cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica? 47

K. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de salud cuando usted está en una institución religiosa no médica para cuidados de salud? 49

L. Reglas de propiedad del equipo médico duradero 50

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

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

Servicios incluye cuidados médicos, cuidado de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo, suministros médicos, medicamentos de receta y de venta libre, equipo médico y otros. **Los servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los servicios cubiertos aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 55.

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

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con el plan de salud**.** Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago y su parte del costo compartido como pago total. Los proveedores de la red nos envían facturas directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted va a un proveedor de la red, por lo general debe pagar solo su parte del costo por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener cuidado de salud, salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por el plan

Absolute Total Care cubre servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Esto incluye servicios de salud del comportamiento, cuidados a largo plazo y medicamentos de receta.

Absolute Total Care pagará el costo del cuidado de salud y los servicios que usted recibe si sigue las reglas del plan a continuación. Qué será cubierto:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan.** Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4, Sección D, página 55 de este manual).

- El cuidado debe ser **médicamente necesario.** *Médicamente necesario* significa que los servicios son razonables y necesarios:
  - » Para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión; ***o***
  - » Para mejorar el funcionamiento de un afiliado corporal deforme; ***o***
  - » De alguna otra manera necesario bajo la ley de Medicare

  De acuerdo con las leyes y reglamentos de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben ser:
  - » Esenciales para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento o aliviar, corregir o curar condiciones médicas que pongan en peligro la vida, causen dolor o sufrimiento, causen deformaciones físicas o mal funcionamiento o amenacen causar y agravar una discapacidad o tener como resultado una enfermedad o deformación;
  - » Prestados en una institución apropiada al nivel apropiado de cuidados, para el tratamiento de su condición médica; ***y***
  - » Prestados de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica.
- Usted debe tener un **proveedor de cuidados primarios (PCP)** de la red, quien le haya ordenado el cuidado o le haya dicho que vea a otro doctor. Como afiliado del plan, usted deberá escoger un proveedor de la red para que sea su PCP.
  - » En la mayoría de los casos, el PCP de la red deberá aprobar que usted use a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama una **preautorización o referencia.** Para informarse más sobre las referencias, vaya a la Sección D de este capítulo, página 36.
  - » Usted no necesitará una referencia de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario urgente o para ver a un proveedor de cuidado de salud femenina. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin tener una referencia de su PCP. Para informarse más al respecto, vaya a la Sección D de este capítulo, página 36.

  ➔ Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, lea la Sección D de este capítulo, página 36.

- **Usted debe recibir el cuidado de su salud de proveedores de la red**. Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan de salud. A veces esta regla no se aplica:
  - » El plan cubre cuidados de emergencia o atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir *emergencia* o *atención necesaria de urgencia*, lea la Sección H de este capítulo, página 43.
  - » Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, puede obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. Generalmente se requiere de una autorización previa del plan para servicios fuera de la red. En este caso, cubriremos el cuidado como si lo hubiera recibido de proveedores de la red. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, lea la Sección D de este capítulo, página 36.
  - » El plan cubre servicios de diálisis cuando usted esté fuera del área de servicio del plan, durante un corto tiempo. Usted podrá obtener estos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
  - » Al unirse al plan, usted puede seguir visitando a los proveedores que visita actualmente, durante 180 días o hasta que hayamos terminado su evaluación completa y hayamos creado un plan de transición con el que usted esté de acuerdo. Si tiene que seguir viendo a sus proveedores fuera de nuestra red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, cubriremos, solamente, esos cuidados si el proveedor firma un acuerdo con nosotros para un sólo caso. Si usted recibe tratamiento continuo de un proveedor fuera de la red y usted cree que éste tendría que firmar un acuerdo para un sólo caso para poder seguir tratándole, comuníquese con su coordinador de cuidado llamando al número al pie de la página.

C. Su coordinador de cuidados

Su equipo de cuidados incluye un coordinador de cuidados de Absolute Total Care, junto a quien usted elija (como un familiar y/o encargados de cuidados), sus proveedores y, el más importante, ¡usted! Los coordinadores de cuidados son utilizados para asegurar que usted reciba los mejores resultados para su cuidado. Para poder estar seguros que su coordinador de cuidados entienda sus necesidades de atención médica, le harán preguntas acerca de su atención médica actual. Esto garantizará que usted reciba la coordinación de cuidado apropiada. Coordinación de cuidado es la manera en la que su equipo de cuidados trabaja con usted, su familia y sus proveedores para asegurar que todas sus necesidades sean coordinadas. Nuestros coordinadores de cuidado les proporcionan tanto a usted como a sus proveedores información para asegurar que obtenga el tratamiento más apropiado.

Su coordinador de cuidados le ayuda a coordinar a todos sus proveedores y servicios. Él o ella trabaja con su equipo de cuidados para asegurarse que usted reciba los cuidados que necesita.

- ¿Qué es la coordinación de cuidados?
    - Coordinación de cuidados es un programa usado en Absolute Total Care para coordinar el cuidado para nuestros afiliados.
- ¿Cómo puede usted comunicarse con su coordinador de cuidados?
    - Puede comunicarse con su coordinador de cuidados llamando al número al pie de la página.
- ¿Cómo interactuarán el coordinador de cuidados y el equipo de cuidados con usted?
    - Nuestros coordinadores de cuidados y equipo de cuidados trabajarán junto con usted para coordinar sus necesidades de cuidado médico. Ellos están a su servicio para asegurar que usted reciba los mejores resultados cuando se trata de su cuidado médico.
- ¿Cómo puede usted cambiar su coordinador de cuidados?
- Si por algún motivo desea cambiar de coordinador de cuidados, puede solicitar el cambio llamando al número al pie de la página.

D. Cómo obtener cuidados de su proveedor personal, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red

Cómo obtener cuidados de un proveedor de cuidados primarios (PCP)

Usted debe elegir un PCP que se encargue de proporcionarle cuidado.

¿Qué es un "PCP" y qué hace un PCP por usted?

Cuando usted se hace afiliado de nuestro plan, usted debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un proveedor el cual cumple con los requisitos de nuestro plan para ser un PCP y está entrenado para brindarle un cuidado médico básico. Como explicamos más adelante, usted obtendrá su cuidado básico o de rutina a través de su PCP.

Si Absolute Total Care es nuevo para usted, puede seguir atendiéndose con los médicos que tiene ahora y mantener sus autorizaciones para servicio durante 180 días después de su fecha de inscripción. Lea Capítulo 1, sección F, página 8 para conocer más detalles.

Su PCP puede ser uno de los siguientes proveedores o, bajo ciertas circunstancias, incluso un especialista:

- Práctica familiar,
- Medicina interna,
- Práctica general,
- Ginecólogo obstetra
- Geriatría,
- Enfermeros practicantes certificados (CNP)
- Centro de salud federal acreditado (FQHC)/Clínica de salud rural (RHC)

Su PCP coordinará además el resto de los servicios cubiertos que usted obtiene como afiliado del plan. Si es necesario, su PCP le enviará a otros doctores (especialistas) o le admitirá al hospital.

- Su PCP determina qué especialistas y hospitales utilizará, ya que cuentan con afiliaciones a ciertos especialistas y hospitales en nuestra red.

- Su PCP le proporcionará la mayoría de su cuidado y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtiene como afiliado de nuestro plan. Esto incluye:
    - atención médica a través de doctores especialistas
    - admisiones al hospital
    - cuidado de seguimiento
    - radiografías
    - pruebas de laboratorio
    - terapias

La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su cuidado y acerca de cómo va todo. Si usted necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP o especialista tendrá que obtener autorización previa (aprobación previa) de nuestra parte.

Ya que su PCP le proporcionará y coordinará su atención médica, usted debería pedir que envíen todos sus récords médicos del pasado a la oficina de su PCP. El capítulo 8, Sección D, página 147 le indica cómo protegeremos la privacidad de sus archivos médicos y de su información de salud personal.

Una vez afiliado a Absolute Total Care, su PCP, junto a usted y a cualquier otra persona que elija para estar involucrado (como un familiar y/o encargado de cuidados), construirán un plan de cuidado individualizado diseñado solo para usted. Su coordinador de cuidados trabajará con usted y su PCP para desarrollar su plan de cuidado y asegurar así que usted reciba el cuidado que necesite. Su PCP es responsable de coordinar todo su cuidado médico y de solicitar especialistas adicionales, si es necesario. Su plan de cuidado incluirá todos los servicios que su PCP o coordinador de cuidados del plan haya autorizado para que reciba como afiliado de Absolute Total Care. Para asegurar que usted se encuentre siempre recibiendo el cuidado más apropiado, su PCP o un integrante del equipo de administración de cuidados revisa, aprueba y autoriza cambios al plan de cuidado, ya sea agregando, cambiando o cancelando servicios. Su PCP o coordinador de cuidados reevalúa sus necesidades por lo menos cada 365 días, pero con mayor frecuencia si es necesario.

¿Cómo elegir su PCP?

Usted puede elegir cualquier PCP de la red enumerado en el Directorio de proveedores y farmacias. Consulte por favor nuestro Directorio de proveedores y farmacias o llame a Servicios para Afiliados para elegir su PCP. Puede comunicarse con Servicios para Afiliados llamando al número al pie de la página.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP se retire de la red de nuestro plan. Nosotros podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP.

Si desea cambiar su PCP, sírvase llamar a Servicios para Afiliados al número al pie de la página. Se le emitirá una nueva tarjeta de identificación indicando el nuevo PCP. El cambio entrará en vigencia el primer día del siguiente mes.

En ciertas circunstancias, nuestros proveedores tienen la obligación de continuar el cuidado después de haber dejado nuestra red. Comuníquese con el plan para conocer detalles específicos.

Servicios que puede obtener sin recibir aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, usted necesitará la autorización de su PCP antes de poder ver a otros proveedores. Esta autorización se llama **referencia**. Usted podrá obtener servicios como los anotados a continuación, sin la autorización previa de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red y fuera de la red.
- Atención necesaria de urgencia de proveedores de la red.
- Atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda llegar a proveedores de la red (por ejemplo, si está fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis que reciba en una institución para diálisis, certificada por Medicare, cuando usted esté fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios para Afiliados antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera del área de servicio).
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra hepatitis B y vacunas contra la neumonía, 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 de la pelvis, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Adicionalmente, si usted es elegible para recibir servicios de proveedores de salud para nativos americanos, usted podrá ver a estos proveedores sin necesidad de una referencia.

Cómo obtener 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 para una parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

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

Es muy importante que hable con su PCP antes de atenderse con un especialista del plan o ciertos otros proveedores (existen algunas excepciones, incluyendo atención médica femenina de rutina, como explicábamos antes en esta sección). El PCP puede ayudar a coordinar aquella visita al especialista. Si un especialista estima que usted necesita servicios de especialidad adicionales, el especialista solicitará autorización directamente de Absolute Total Care. Para obtener información sobre qué servicios requieren de autorización previa, consulte el gráfico de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 55 de esta guía.

Si desea atenderse con especialistas específicos, averigüe si su PCP envía pacientes a aquellos especialistas. Cada PCP del plan cuenta con especialistas del plan específicos que utilizan para referencias, ya que tienen afiliaciones con ciertos especialistas y hospitales en nuestra red. Esto significa que el PCP que usted seleccione puede ayudar a determinar los especialistas con los cuales usted se atenderá. Puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea ver un especialista del plan al cual su PCP actual no refiere.

- Por favor consulte la sección anterior, “Cómo cambiar su PCP” en la cual le indicamos cómo cambiar su PCP. Si hay hospitales específicos que desea usar, debe averiguar si los doctores con los que se estará atendiendo utilizan estos hospitales.

¿Qué sucede si un proveedor de la red se retira de nuestro plan?

Es posible que un proveedor de la red que usted esté usando, se retire de nuestro plan.

Si alguno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle acceso sin interrupciones a proveedores calificados.
- Cuando sea posible, podremos darle aviso con hasta 30 días de anticipación, para que tenga tiempo para seleccionar un proveedor nuevo.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

- Le ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo, para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.
- Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir y nosotros trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo.
- Si le parece que no hemos reemplazado su proveedor anterior por otro proveedor calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.

Si se entera que alguno de sus proveedores abandonará nuestro plan, por favor comuníquese con nosotros, para ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y para administrar su cuidado. Por favor llame a Servicios para Afiliados al número al pie de la página.

Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red

Puede obtener servicios a través de proveedores fuera de la red si proveedores de servicios especializados no se encuentran disponibles dentro de la red. Para que los servicios de un proveedor fuera de la red sean cubiertos, su proveedor de la red (normalmente su PCP) debe solicitar autorización previa (aprobación de antemano) a Absolute Total Care.

Todas las solicitudes de autorización previa serán revisadas por un coordinador de cuidados, el cual está entrenado para comprender el cuidado que usted recibiría de un especialista. Su coordinador de cuidados intentará determinar si los servicios necesarios se encuentran disponibles dentro de nuestra red de especialistas.

Si el servicio no se encuentra disponible dentro de nuestra red del plan, su solicitud será aprobada. Es posible que haya algunas limitaciones a la aprobación, como una visita de consulta inicial o una cantidad o tipo de servicio especificado. Si los servicios de especialista se encuentran disponibles dentro de la red de su plan, la solicitud para recibir servicios fuera de la red puede ser denegada como “servicios disponibles dentro de la red”. Como con cualquier denegación, usted tendrá la capacidad de apelar la determinación.

➔ **Tenga en cuenta que:** Si visita a un proveedor fuera de la red, él o ella deberá ser elegible para participar en Medicare y/o Healthy Connections Medicaid. No podemos pagar a proveedores que no sean elegibles para participar en Medicare y/o Healthy Connections Medicaid. Si visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba. Los proveedores deberán avisarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento se encuentran disponibles para todos los afiliados de Absolute Total Care. La mayoría de los tratamientos individuales ambulatorios son descritos en el Capítulo 4 y son cubiertos sin autorización previa si usted se atiende con un proveedor de la red. Para obtener mayor información acerca de qué servicios requieren de autorización previa, consulte el gráfico de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 55 de este manual. Comuníquese con su coordinador de cuidados o PCP para obtener otros servicios de salud del comportamiento.

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

Los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) le ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y ayudan a mejorar la calidad de su vida. LTSS puede ayudarle con las tareas de la vida diaria, como tomar un baño, vestirse y cocinar. La mayoría de estos servicios son prestados en su hogar o en su comunidad, pero también podrían prestarse en un hogar para personas mayores o en un hospital.

LTSS están disponibles para los afiliados en ciertos programas de excepción operados por la división de Cuidados a largo plazo comunitarios (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Estos planes de excepción son:

- Programa de excepción Community Choices
- Programa de excepción para pacientes de VIH/SIDA
- Programa de excepción para personas dependientes de respirador mecánico

Los afiliados en los diferentes programas de excepción pueden recibir tipos y cantidades diferentes de LTSS. Si le parece que usted necesita LTSS usted puede hablar con su coordinador de cuidados sobre cómo acceder a ellos y si usted puede unirse a alguno de estos programas de excepción. Su coordinador de cuidados puede darle información sobre cómo solicitar un programa de excepción apropiado y todos los recursos disponibles para usted bajo el plan.

Lea más información sobre estos programas en el Directorio de proveedores y farmacias.

Los Beneficios de LTSS pueden estar a la disposición de afiliados no inscritos en un programa de excepción si se considera médicamente necesario debido a la afección o diagnosis del afiliado. Si usted no es parte de un programa de excepción pero le gustaría saber si califica para LTSS, usted puede hablar con su coordinador de cuidados sobre cómo

acceder a ellos y si usted puede unirse a alguno de estos programas de excepción. Su coordinador de cuidados puede darle información sobre cómo solicitar un programa de excepción apropiado y todos los recursos disponibles para usted bajo nuestro plan.

Cómo obtener cuidados autodirigidos

Los cuidados autodirigidos están disponibles para todos los afiliados de Absolute Total Care. Los cuidados autodirigidos permiten que los afiliados de Absolute Total Care contraten sus propios asistentes de cuidado personal (PCA, sigla en inglés). El afiliado (la persona quien recibirá los servicios de PCA, el afiliado, o el suplente) es el empleador de la PCA, y tiene responsabilidad total sobre el reclutamiento, contratación, horario, entrenamiento y, si fuera necesario, terminación del contrato de la PCA. El afiliado puede también optar por permitir que el suplente le ayude a elegir sus servicios de PCA. Los cuidados autodirigidos requieren de una autorización previa (aprobación de antemano). Para usar servicios de cuidados autodirigidos, comuníquese con su coordinador de cuidados. El coordinador de cuidados le dará:

- Una explicación clara que el optar por los servicios de PCA autodirigidos es voluntario, y que es opción del afiliado hasta qué punto desea autodirigir;
- Una explicación clara de las opciones para seleccionar respaldos autodirigidos o cuidado personal de una agencia; y
- Un repaso de los respaldos y recursos disponibles para asistir a los afiliados en la participación de cuidados autodirigidos en la medida que deseen.

G. Cómo obtener servicios de transporte

Si usted necesita información sobre servicios de transporte, comuníquese con su coordinador de cuidados o coordinador de servicios de exención. Puede comunicarse con su coordinador de cuidados del plan llamando a Servicios para Afiliados al número al pie de la página.

Además de la asistencia con transporte proporcionado por Absolute Total Care, usted puede llamar a LogistiCare al 1-866-910-7684 de 8 a.m. a 5 p.m., lunes a viernes. Usuarios de TTY deben llamar al 711.

H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

Cómo obtener cuidados cuando tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica?

Una *emergencia médica* es una enfermedad con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves. La enfermedad es tan grave que si no se recibe atención médica inmediata, usted o alguien (o sea, una persona con conocimientos medianos de salud y medicina) podría esperar que esa enfermedad cause:

- riesgos graves para su salud, ***o***
- daños graves a las funciones del cuerpo, ***o***
- disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo.

¿Qué debe hacer si tiene una emergencia médica?

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia, si la necesita. Usted *no* tiene que obtener primero una aprobación o preautorización de su PCP.
- **Asegúrese de decirle a nuestro plan sobre su emergencia.** Tenemos que darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona deberá llamar para avisarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, a más tardar en 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por servicios de emergencia porque se retrasó en avisarnos. Comuníquese por favor con su coordinador de cuidado llamando al número al pie de la página.

¿Qué será cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted podrá obtener cuidado de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubrirá. Para obtener más información, lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 55.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le den cuidado de emergencia. Esos médicos nos avisarán cuando termine su emergencia médica.

Cuando termine la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurar que se mejore. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si obtiene cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de conseguir proveedores de la red para que se hagan cargo de su cuidado, lo más pronto posible. Si el proveedor que esté tratándolo por la emergencia, se hace cargo de la situación de emergencia, pero piensa que necesita otro tipo de atención médica para tratar el problema que causó la emergencia, el proveedor debe comunicarse con su coordinador de cuidados llamando al número al pie de la página. Al notificar a su coordinador de cuidados, usted asegurará que el cuidado de seguimiento que reciba será el necesario para estabilizar su condición y/o prevenir la recurrencia de su condición.

Nota: Si está de viaje, Medicare no ofrece cobertura para atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

¿Qué pasaría si, después de todo, no era una emergencia médica?

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

No obstante, después que el médico diga que *no* era una emergencia, cubriremos su cuidado adicional*, sólo* si:

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

Cómo obtener atención necesaria de urgencia

¿Qué significa atención necesaria de urgencia?

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

Cómo recibir atención necesaria de urgencia cuando está en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención necesaria de urgencia, *sólo* si usted:

- recibe este cuidado de salud de proveedores de la red, ***y***

- sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

No obstante, si no puede visitar a un proveedor de la red, cubriremos la atención necesaria de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a servicios necesarios de urgencia, usted puede acudir al centro de atención de urgencia más cercana que está abierta. Si está buscando atención de urgencia dentro de nuestra área de servicio, debe buscar los centros de atención de urgencia de la red del plan en el Directorio de proveedores y farmacias. O visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Cómo obtener atención necesaria de urgencia cuando está fuera del área de servicio del plan

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

Nuestro plan no cubre el cuidado necesario de urgencia, ni cualquier otro cuidado que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

Cómo obtener cuidados durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de U.S. Health and Human Services, o el Presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o en estado de emergencia en su área geográfica, usted tiene derecho a cuidado de Absolute Total Care.

Por favor visite nuestro sitio web para encontrar información sobre cómo obtener cuidado necesario durante un desastre declarado: http://mmp.absolutetotalcare.com

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, permitiremos que usted reciba cuidado de proveedores fuera de la red con la cuota de costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Por favor lea más información en el Capítulo 5, Sección A, página 111.

I. ¿Qué pasa si le cobran directamente el costo total de servicios cubiertos por nuestro plan?

No pague directamente los servicios que cubra Healthy Connections Medicaid

- Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, usted puede pedirnos que paguemos nuestra parte de la factura.
- Si usted pagó al proveedor, no podemos devolverle lo que pagó, pero el proveedor lo hará. Servicios para Afiliados o el Defensor principal de Healthy Connections pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Vea sus números de teléfono al pie de la página y en el Capítulo 2, Sección H, página 29.

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

Si usted ha pagado más de la parte que le corresponde por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, **lea el Capítulo 7**, **Sección B, página 138 para saber qué hacer.**

¿Qué debe hacer usted si los servicios no son cubiertos por nuestro plan?

Absolute Total Care cubre todos los servicios:

- que sean médicamente necesarios, ***y***
- que aparezcan en la Tabla de beneficios del plan (lea el Capítulo 4, Sección D, página 55)*, **y***
- que usted reciba siguiendo las reglas del plan.

➔ Si usted obtiene servicios que no tienen cobertura de nuestro plan, **tendrá que pagar el costo total usted mismo.**

Si quiere saber si pagaremos por algún servicio o cuidado médico, usted tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedir nuestra respuesta por escrito. Si decidimos que no pagaremos por esos servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9, Sección 4, página 171 explica qué hacer si desea que el plan pague por un servicio médico que normalmente no paga. También le dice cómo apelar una decisión sobre

un servicio. Usted puede llamar a Servicios para Afiliados para saber más sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si se pasa del límite, usted tendrá que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame a Servicios para Afiliados para saber cuáles son los límites y si está cerca de alcanzarlos.

Nuestro plan no tiene permitido reembolsar a afiliados por beneficios cubiertos por Healthy Connections Medicaid. Si tiene preguntas sobre los beneficios cubiertos por Healthy Connections Medicaid, puede llamar a Healthy Connections Medicaid (lea Capítulo 2, sección G, página 28), o puede llamar a Servicios para Afiliados al número al pie de la página.

J. ¿Sus servicios de cuidado de salud son cubiertos cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica?

¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted desea participar, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá si usted es elegible para participar. Usted podrá participar en el estudio si cumple con las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación nuestra ni de su proveedor personal. Los proveedores que le proporcionen cuidado de salud como parte del estudio, *no* tienen que ser proveedores de la red.

Pero, usted sí debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica. La razón es la siguiente:

- Podremos decirle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.

- Podremos decirle qué servicios obtendrá de proveedores del estudio de investigación clínica y no de nuestro plan.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de cuidados debe comunicarse con Servicios para Afiliados.

Si usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

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

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

Si usted forma parte de un estudio que Medicare *no* ha aprobado, **usted tendrá que pagar cualquier costo de su participación en el estudio**.

Más información

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

K. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de salud cuando usted está en una institución religiosa no médica para cuidados de salud?

¿Qué es una institución religiosa no médica para cuidados de salud?

Una *institución religiosa no médica para cuidados de salud* es un lugar que proporciona cuidado que normalmente no obtendría en un hospital o institución de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o institución de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, entonces cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para cuidado de salud. Puede elegir recibir cuidado de salud en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio solamente es para servicios como paciente interno de Medicare Parte A (servicios de cuidado de salud no médico). Medicare pagará los servicios de cuidado de salud no médicos proporcionados solamente por instituciones de cuidado de salud no médica religiosa.

¿Qué cuidados de institución religiosa no médica para cuidado de salud, tienen cobertura con nuestro plan?

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

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

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

- La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- Los servicios cubiertos por nuestro plan se limitan a aspectos *no religiosos* del cuidado de salud.
- Si usted recibe servicios de esta institución y son proporcionados en sus instalaciones, se aplicará lo siguiente:

» Usted debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos para recibir cuidados como paciente internado en un hospital o en un centro de cuidados de enfermería especializada.

» Deberá obtener aprobación de nuestro plan, antes de ser internado en la institución o su estadía no tendrá cobertura.

Nuestro plan cubre días ilimitados para atención para pacientes internos en el hospital cuando esta sea autorizada por el plan. Consulte el Cuadro de beneficios en Capítulo 4, Sección D, página 55 si desea información adicional.

L. Reglas de propiedad del equipo médico duradero

¿Usted será dueño de su equipo médico duradero?

Equipo médico duradero significa ciertos elementos ordenados por un proveedor para ser usados en su hogar. Por ejemplo, equipo de oxígeno y suministros, sillas de ruedas, bastones, muletas, andadores y camas de hospital.

Usted siempre será dueño de ciertos elementos, por ejemplo las prótesis. En esta sección hablamos del equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare, ciertos tipos de equipos médicos duraderos pasan a ser propiedad de las personas que los alquilan después de 13 meses. Sin embargo, como afiliado de Absolute Total Care, por lo general el equipo alquilado no pasará a ser de su propiedad, sin importar el tiempo que lo alquile.

En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Llame a Servicios para Afiliados para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.

¿Qué sucede si se cambia a Medicare?

Usted tendrá que hacer 13 pagos consecutivos conforme a Original Medicare para poder ser propietario del equipo si:

- Usted no se convirtió en propietario del artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan ***y***
- Usted se retira de nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare.

Si hizo pagos por el equipo médico duradero bajo Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, los pagos hechos a Medicare no contarán para los 13 pagos. Usted tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos bajo Original Medicare para que el equipo pase a ser de su propiedad.

➔ No hay excepciones a este caso cuando usted vuelva a Original Medicare.

Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Contenido

A. Para entender lo que usted deberá pagar por sus servicios cubiertos 53

B. Nuestro plan no permite que los proveedores le cobren por sus servicios 53

C. Sobre el Cuadro de beneficios 53

D. Cuadro de beneficios 55

E. Servicios de excepción operados por Community and Long Term Care (CLTC) que paga nuestro plan 100

F. Beneficios cubiertos *fuera* de Absolute Total Care 104

G. Beneficios que *no* están cubiertos por Absolute Total Care, Medicare o Healthy Connections Medicaid 105

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

A. Para entender lo que usted deberá pagar por sus servicios cubiertos

En este capítulo se explica cuáles servicios paga Absolute Total Care. También dice cuánto paga usted por cada servicio. También sabrá cuáles servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5. En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.

Para poder recibir algunos servicios usted deberá pagar ciertos costos, esto se llama copago. Esta es una cantidad fija (por ejemplo, $5 dólares) que pagará cada vez que reciba ese servicio. Usted pagará ese copago en el momento en que reciba el servicio médico.

Si usted necesita ayuda para entender cuáles servicios están cubiertos, llame a su coordinador de cuidado y/o Servicios para Afiliados al número que en el pie de página.

B. Nuestro plan no permite que los proveedores le cobren por sus servicios

No permitimos a los proveedores de Absolute Total Care que le cobren por sus servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le evitamos que usted tenga que pagar facturas. Incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que éste haya cobrado por un servicio.

➔ **Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto pasa, lea el Capítulo 7, Sección B, página 138 o llame a Servicios para Afiliados.**

C. Sobre el Cuadro de beneficios

En el Cuadro de beneficios se indica cuáles servicios están cubiertos por el plan. Allí encontrará listas de categorías de servicios por orden alfabético y explicación sobre cuáles servicios están cubiertos.

Pagaremos por los servicios indicados en el Cuadro de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas.

Sus servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Healthy Connections Medicaid.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa servicios que sea razonable que usted necesite para diagnosticar o tratar su enfermedad o lesión; para mejorar el funcionamiento de algún afiliado deformado del cuerpo o, de alguna otra manera médicamente necesario, de acuerdo con la ley de Medicare. De acuerdo con la ley y reglamentos de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben ser para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica. Los servicios deben también ser proporcionados en una institución apropiada para su condición médica y cumplir con los estándares generalmente aceptados para el cuidado médico.

Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con su plan de cuidado de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, página 33 hay más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.

Usted tiene un proveedor de cuidados primarios (PCP) o un equipo de cuidados que le proporciona y está a cargo del cuidado de su salud. En casi todos los casos, su PCP deberá darle una aprobación antes que usted pueda ir a ver a otros proveedores de la red. A esto se le llama preautorización. En el Capítulo 3, Sección D, página 36 hay más información sobre cómo obtener una preautorización y los casos en que no es necesario obtenerla.

» Cuando recién se una al plan, usted podrá seguir viendo los proveedores que usted ve ahora durante 180 días o hasta que hayamos completado su evaluación completa y hayamos creado un plan de transición con el que usted esté de acuerdo. Si necesita seguir viendo sus proveedores fuera de la red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, solamente cubriremos ese cuidado si el proveedor firma por un sólo caso un acuerdo con nosotros. Un acuerdo de un sólo caso es una excepción para tratar a ese proveedor como un proveedor de la red. Si usted recibe tratamiento continuo de un proveedor fuera de la red y piensa que el proveedor pueda necesitar un acuerdo por un sólo caso para poder seguir dándole tratamiento, comuníquese con Servicios para Afiliados llamando al número al pie de la página.

Algunos de los servicios anotados en el Cuadro de beneficios serán cubiertos solamente si su equipo de cuidados, su médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama *autorización previa*. Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en letra negrita.

Todos los cuidados preventivos son gratuitos. Usted verá esta manzana 🍎 al lado de los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

D. Cuadro de beneficios

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Administración de casos dirigida (TCM) Las actividades de TCM garantizan que sus necesidades de servicios médicos, sociales, educativos y otros sean atendidas de manera continua, para ayudarle a ser más autosuficiente. Para recibir TCM, usted tiene que estar en alguno de los grupos siguientes: ▪ Personas con discapacidades intelectuales y otras relacionadas ▪ Adultos con enfermedad mental grave y persistente ▪ Personas con enfermedad por sustancias psicoactivas ▪ Adultos con deterioros funcionales ▪ Personas con deterioros sensoriales ▪ Personas con lesiones de la cabeza y médula espinal e incapacidades relacionadas TCM solamente está disponible durante los últimos 180 días que usted esté en una institución y se esté mudando a un entorno comunitario. Las personas que se muden a un programa de excepción no son elegibles para TCM Hable con su coordinador de cuidados o su PCP sobre cómo obtener los servicios de TCM.	**Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Agencias de cuidado de salud en el hogar Antes de recibir servicios de cuidado de salud en el hogar, un doctor deberá determinar que usted los necesita y que deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados de salud en el hogar. El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no han sido incluidos aquí: ▪ Servicios a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y asistentes de salud en el hogar (cubiertos bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud en el hogar combinados deben tener en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) y no más de 50 visitas por año. ▪ Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ Servicios sociales y médicos ▪ Equipo y suministros médicos (incluyendo, sin limitación, suministros para la incontinencia)	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles** $0 copago por visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare $3.30 copago por servicios de cuidado personal cubiertos por Healthy Connections Medicaid $0 copago por suministros de incontinencia cubiertos por Healthy Connections Medicaid

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Artículos de venta libre (sin receta médica, u OTC por sus siglas en inglés) El plan cubre una selección limitada de artículos de OTC, los cuales están disponibles a través de pedido por correo. Comuníquese con Absolute Total Care para obtener información adicional. El plan cubre hasta $25 cada mes del calendario para artículos de venta libre elegibles disponibles por pedido por correo. Cualquier monto no usado no se acumula de un mes al próximo mes.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (incluso si no usan insulina): ▪ Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo lo siguiente: » Un monitor de glucosa en sangre » Tiras de prueba para la glucosa en sangre » Dispositivos para lancetas y lancetas » Preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores ▪ Para las personas con diabetes que tengan enfermedades graves en los pies, el plan pagará lo siguiente: » Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas, cada año, ***o*** » Un par de zapatos de profundidad (hondos) y tres pares de plantillas cada año, (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con estos zapatos) El plan también pagará la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos. ▪ En algunos casos, el plan cubre educación para ayudarle a controlar la diabetes. Usted será elegible para los Servicios de control de la diabetes si su proveedor determina que esto le ayudará. Usted tiene un límite de 10 horas de educación sobre diabetes de por vida.	**Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cirugías como paciente externo El plan pagará cirugías como paciente externo y servicios en instituciones para pacientes externos en un hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios.	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles** $0
Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco Si usted usa tabaco pero no tiene señales o síntomas de tener una enfermedad relacionada con el tabaco: ▪ El plan le pagará dos sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de fumar como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de consejería para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas en persona. Si usted usa tabaco y se le ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el uso del tabaco o está tomando medicamentos que pudieran ser afectados por el tabaco: ▪ El plan le pagará dos sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de consumir tabaco. Cada sesión de consejería para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón) El plan paga una visita al año a su proveedor de cuidados primarios para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede: ▪ hablarle sobre el uso de la aspirina, ▪ revisar su presión arterial (de la sangre), o ▪ darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado de la vista El plan pagará servicios de un médico para pacientes externos por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de los ojos, para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare no cubre exámenes de la vista regulares para recibir anteojos o lentes de contacto. Healthy Connections Medicaid cubre los siguientes servicios: ▪ Tratamiento de una enfermedad o lesión de los ojos ▪ Reemplazo inicial de lentes por una cirugía de cataratas Para las personas con un alto riesgo de tener glaucoma, el plan pagará un examen de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma incluyen: ▪ personas con una historia familiar de glaucoma, ▪ personas con diabetes, ▪ personas Afroamericanas de 50 años y mayores, y ▪ personas Hispanoamericanas de 65 años o mayores. El plan pagará un par de lentes o de lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el doctor inserte un lente intraocular. (Si usted tiene dos cirugías de cataratas por separado, podrá recibir un par de lentes después de cada cirugía. Usted no podrá recibir dos pares de lentes después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de lentes después de la primera cirugía).	$0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado necesario de urgencia El cuidado *necesario de urgencia* es el cuidado para tratar lo siguiente: ▪ un caso que no es una emergencia, **o** ▪ una enfermedad inesperada, **o** ▪ una lesión, **o** ▪ una enfermedad que necesite cuidado inmediato. Si usted necesita cuidado de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red. El cuidado necesario de urgencia solamente está cubierto cuando usted recibe los servicios en los EE.UU.	$0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados de salud mental para pacientes externos El plan pagará servicios de salud mental proporcionados por: ▪ un siquiatra o médico con licencia del Estado, ▪ un sicólogo clínico, ▪ un trabajador social clínico, ▪ una enfermera clínica especializada, ▪ una enfermera de práctica avanzada, ▪ un asistente médico, ▪ un terapeuta matrimonial y familiar con licencia, ▪ un consejero profesional con licencia, o ▪ cualquier otro profesional de la salud mental certificado por Medicare, según lo permitan las leyes del estado aplicables. El plan pagará los siguientes servicios y otros que posiblemente no se anoten aquí: ▪ Servicios clínicos ▪ Servicios de tratamiento diarios ▪ Servicios de rehabilitación sicosocial	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles** $0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados de salud mental para pacientes internos ▪ El plan pagará servicios de cuidado psiquiátrico que requieran una estadía en el hospital. ▪ Hay un límite de 190 días de por vida para cuidados de salud mental para pacientes internos. El límite de 190 días no se aplica a servicios cuidados de salud mental para pacientes internos proporcionados en la unidad siquiátrica de un hospital general. ▪ Después de usar estos 190 días, estos servicios están disponibles en una Institution for Mental Diseases (IMD). Una IMD está definida como una institución dedicada principalmente a proporcionar diagnóstico, tratamiento o cuidado de personas con enfermedades mentales, incluyendo atención médica, cuidado de enfermería y servicios relativos. Se determina que una institución es una IMD por su carácter general, como una institución establecida y mantenida principalmente para el cuidado y tratamiento de personas con enfermedades mentales.	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles** $0
Cuidados en hogares para personas de la tercera edad Su plan pagará los siguientes servicios: ▪ Servicios de enfermería: todos los servicios de enfermería que cumplan con todas las necesidades del residente. ▪ Servicios especiales: ayuda de trabajadores sociales, actividades planificadas y varias terapias. ▪ Servicios personales. ayuda para alimentarse, vestirse, funciones de evacuación, baño, etc. ▪ Habitación y alimentos: hospedaje semiprivado o en sala general. ▪ Equipo de seguridad y tratamiento: sillas de ruedas, equipo de infusión, cómodo junto a la cama, etc.	Por favor comuníquese con su coordinador de cuidados para saber si tendrá que contribuir para sus cuidados en el hogar para personas mayores.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
▪ Medicamentos: medicamentos de venta libre (excepto insulina) ▪ Suministros médicos y oxígeno: oxígeno, equipo para terapias de inhalación, catéteres, vendajes, etc. Los servicios que no están cubiertos incluyen servicios de médico, análisis de laboratorio y radiografías, servicios hospitalarios para pacientes internos y externos, medicamentos de receta, etc. Por favor note que el cuidado en instituciones de enfermería especializada está cubierto bajo su propia categoría en este cuadro.	
Cuidados en hospicio Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. ***Este beneficio continúa en la página siguiente***	$0 Cuando usted se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de Medicare Parte A y B relacionados con su prognosis terminal serán pagados por Medicare Original, no por Absolute Total Care.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados en hospicio (continuación) El plan pagará lo siguiente mientras usted recibe servicios de hospicio: ▪ Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor ▪ Cuidados de respiro a corto plazo ▪ Cuidados en el hogar ***Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B son facturados a Medicare.*** ▪ Lea más información en la Sección F, página 104 de este capítulo. ***Para los servicios cubiertos por Absolute Total Care, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:*** ▪ Absolute Total Care pagará los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan pagará los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. Usted pagará la cantidad de costo compartido del plan por estos servicios. ***Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Absolute Total Care.*** ▪ Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Por favor lea el Capítulo 5, Sección F, página 123. **Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su coordinador de cuidados para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Llame al número que aparece al pie de la página para comunicarse con su coordinador de cuidados. Nuestro plan cubre los servicios de consulta en hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal, que no ha elegido el beneficio de hospicio.	

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados en instituciones de enfermería especializada El plan pagará por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no anotados aquí: ▪ Una habitación semiprivada o privada, si es médicamente necesaria ▪ Alimentos, incluyendo dietas especiales ▪ Servicios de enfermería ▪ Terapia física, ocupacional y del habla ▪ Medicamentos que usted reciba como parte de su plan de cuidados, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea ▪ Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración ▪ Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por instituciones de enfermería ▪ Exámenes de laboratorio proporcionados por instituciones de enfermería ▪ Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados por instituciones de enfermería ▪ Dispositivos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por instituciones de enfermería ▪ Servicios de un médico o proveedor Generalmente usted recibirá su cuidado de instituciones de la red. No obstante, posiblemente usted pueda recibir su cuidado de una institución fuera de nuestra red. Usted puede obtener cuidado de los lugares siguientes, si estos aceptan las cantidades que paga nuestro plan. ***Este beneficio continúa en la página siguiente***	$0 **Se exige referido. Comuníquese con el plan para obtener detalles.**

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados en instituciones de enfermería especializada (continuación) ▪ Un hogar de cuidados para personas mayores o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando ésta ofrezca servicios de institución de enfermería) ▪ Una institución de enfermería donde viva su esposo/esposa al momento de abandonar el hospital. No se requiere de estadía en el hospital para recibir cuidado de una institución de enfermería especializada, sin embargo los afiliados deben cumplir con los requisitos de la certificación CLTC. Su coordinador de cuidados puede ayudarle a obtener esta certificación. Llame al número al pie de la página para comunicarse con su coordinador de cuidados. Note por favor que el cuidado de hogares para personas de la tercera edad está cubierto bajo su propia categoría en este recuadro. La certificación CLTC se exige antes de cualquier admisión auspiciada por Medicaid a un centro de cuidado a largo plazo desde cualquier lugar, incluyendo la transición desde la comunidad a un centro de enfermería (estadía no cubierta por Medicare o menos de 3 días de estadía en el hospital antes de la admisión a un centro de enfermería). La admisión a un centro de enfermería especializada debe cumplir con los estándares de necesidad médica. Su coordinador de cuidados puede ayudarle a obtener esta certificación . Para comunicarse con su coordinador de cuidados, llame al número que aparece al pie de la página.	

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados en un hospital como paciente interno El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí: ▪ Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) ▪ Comidas, incluyendo dietas especiales ▪ Servicios de enfermería regulares ▪ Costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario ▪ Medicamentos ▪ Exámenes de laboratorio ▪ Radiografías y otros servicios de radiología ▪ Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios ▪ Aparatos, como sillas de ruedas ▪ Servicios de sala de operaciones y de recuperación ▪ Terapia física, ocupacional y del habla ***Este beneficio continúa en la página siguiente***	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles** $0 Usted deberá obtener aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente interno en un hospital fuera de la red, una vez que su emergencia esté bajo control.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados en un hospital como paciente interno (continuación) ▪ Servicios como paciente interno por abuso de sustancias ▪ Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración ▪ Servicios médicos ▪ En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y de órganos intestinales/multiviscerales. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o en una ubicación distante fuera del área de servicio. Si Absolute Total Care proporciona servicios de trasplante en una ubicación distante fuera del área de servicio y usted elige recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos por el alojamiento y los costos de viaje para usted y otra persona. Si servicios de trasplante están disponibles en un centro de trasplante local aprobado por Medicare, el transporte y alojamiento no serán cubiertos por Absolute Total Care.	

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados médicos de emergencia *Cuidado de emergencia* significa servicios que son: ▪ ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, **y** necesarios para tratar una emergencia médica. Una *emergencia médica* es un problema médico acompañado por un dolor severo o una lesión seria. Dicha condición es tan seria que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar que cause: ▪ graves riesgos para su salud, **o** ▪ daños graves a las funciones del cuerpo, **o** ▪ disfunción grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo. Los servicios médicos de emergencia están cubiertos sólo cuando los reciba dentro de los Estados Unidos.	$0 Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente interno después que su emergencia ha sido estabilizada, usted deberá regresar a un hospital de la red para que continuemos pagando por su cuidado. Usted podrá seguir recibiendo cuidados como paciente interno en un hospital fuera de la red, solamente si el plan aprueba su estadía.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados paliativos Los cuidados paliativos tienen como fin mejorar la calidad de la vida de los afiliados que tienen enfermedades avanzadas o lesiones que amenazan sus vidas y sus familias. Los cuidados paliativos previenen y alivian el sufrimiento, mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento experto del dolor e incomodidad, así como de otros desafíos físicos, sicosociales y espirituales. Los cuidados paliativos usan un enfoque de equipo para atender las necesidades de los afiliados y sus familias. El equipo se concentrará en lo siguiente: ▪ Evaluación y control del dolor y otros síntomas ▪ Los aspectos sicológicos y espirituales del cuidado del afiliado y su familia ▪ Ofrecer un sistema de respaldo para ayudar a los afiliados a vivir tan plenamente como sea posible ▪ Ofrecer un sistema de respaldo para ayudar a la familia a enfrentar la enfermedad del afiliado y el duelo El cuidado en hospicio es parte de los cuidados paliativos que pueden ofrecerse más cerca del fin de la vida. Lea más información en la sección "Cuidados en Hospicio" **(**Sección D, página 55 de este capítulo).	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Dispositivos prostéticos y suministros relacionados Los *dispositivos prostéticos* reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. El plan pagará los siguientes aparatos prostéticos y, posiblemente, otros aparatos que no han sido incluidos aquí si su proveedor obtiene una aprobación previa: ▪ Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía ▪ Marcapasos ▪ Aparatos ortopédicos ▪ Zapatos prostéticos ▪ Brazos y piernas artificiales ▪ Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía) Además, el plan pagará algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. El plan también pagará la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos. El plan ofrece cobertura parcial después de una cirugía de cataratas. Para más información, vea la Sección “Cuidado de la vista”**, página 61.** El plan no pagará dispositivos prostéticos dentales.	**Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.** El copago es de $0 por dispositivos prostéticos y suministros relacionados cubiertos por Medicare. El copago es de $3.40 por dispositivos prostéticos y suministros relacionados cubiertos por Healthy Connections Medicaid.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero y suministros relacionados (Lea una definición de "Equipo médico duradero" en el Capítulo 12, página 237 de este manual). Los siguientes artículos están cubiertos: ▪ Sillas de ruedas ▪ Equipo de oxígeno ▪ Muletas ▪ Bombas de infusión intravenosa ▪ Camas de hospital ▪ Andadores ▪ Nebulizadores ▪ Dispositivos generadores de indicaciones orales Otros artículos *podrían* estar cubiertos. Pagaremos todo el equipo médico duradero médicamente necesario que Medicare y Healthy Connections Medicaid paguen normalmente. Si nuestro proveedor en su área no tiene alguna marca o fabricante en particular, usted podrá pedirles que hagan un pedido especial para usted. ***Este beneficio continúa en la página siguiente***	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles.** El copago es de $0 por equipo médico duradero cubierto por Medicare. El copago es de $3.40 por equipo médico duradero cubierto por Healthy Connections Medicaid (suministros especializados)

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero y suministros relacionados (continuación) El plan rentará la mayoría del equipo durante un máximo de 10 meses. Después de 10 meses, el equipo se considera como comprado. El plan no paga cuotas de mantenimiento.	
Examen de aneurisma aórtico abdominal Examen de ultrasonido que se da una sola vez para personas en riesgo. El plan cubre este examen solamente si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una preautorización para el examen, de su médico, asistente de médico, enfermera de práctica avanzada o enfermera especialista clínica.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos como paciente externo El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí: ▪ Radiografías ▪ Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo materiales que usan los técnicos y suministros ▪ Suministros quirúrgicos, como vendajes ▪ Férulas, escayolas y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones ▪ Exámenes de laboratorio ▪ Sangre, incluyendo almacenamiento y administración ▪ Otras pruebas de diagnóstico como paciente externo	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0
Exámenes de obesidad y terapia para mantener bajo el peso Si su índice de masa corporal es de 30 o más, el plan pagará consejería para ayudarle a bajar de peso. Usted deberá obtener la consejería en un lugar de cuidados primarios. De esta manera, podrá ser controlada con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor personal para obtener más información.	$0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Exámenes de VIH El plan pagará por un examen de evaluación de VIH cada 12 meses, para las personas que: ▪ soliciten una prueba de VIH, o ▪ tengan alto riesgo de contraer una infección por VIH. Los afiliados que tengan VIH o SIDA pueden recibir servicios adicionales si se unen a un programa de excepción de Community Long Term Care (CLTC). Lea en la Sección E, página 100 más información sobre los servicios para los afiliados elegibles.	$0
Exámenes exploratorios para cáncer de próstata El plan pagará para los hombres los siguientes servicios cada 12 meses: ▪ Un examen de tacto rectal ▪ Un examen de antígeno prostático específico (PSA)	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Exámenes para controlar la diabetes El plan pagará este examen (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas), si tiene alguno de los factores de riesgo: ▪ Presión arterial alta (hipertensión) ▪ Historia de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia) ▪ Obesidad ▪ Historia de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa) En algunos casos estas pruebas pueden ser cubiertas, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y si su familia tiene historia de diabetes. Dependiendo de los resultados de los exámenes, usted podría ser elegible para recibir hasta dos exámenes cada 12 meses para el control de la diabetes.	$0
Exámenes para detectar el cáncer colorrectal El plan pagará los siguientes servicios: ▪ Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario exploratoria) cada 48 meses ▪ Prueba de sangre oculta en la materia fecal, cada 12 meses ▪ Prueba Guacia de sangre oculta en la materia fecal o examen fecal inmunoquímico, cada 12 años ▪ Prueba colorrectal de ADN cada 3 años Para las personas que tengan alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopía exploratoria (o una enema de bario exploratoria) cada 24 meses. Para las personas que no tengan un alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopía exploratoria cada diez años (pero no dentro de un periodo de 48 meses desde la fecha en que le hayan hecho una sigmoidoscopía flexible).	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Exámenes para detectar el cáncer al pulmón El plan pagará un examen para cáncer al pulmón cada 12 meses siempre y cuando: ▪ Usted tenga de 55 a 77 años de edad, *y* ▪ Usted haga una visita para tomar una decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, *y* ▪ Usted haya fumado por lo menos 1 paquete al día durante 30 años sin indicaciones o síntomas de cáncer al pulmón *o* fuma ahora *o* dejó de fumar dentro de los últimos 15 años. Después de la primera prueba de detección, el plan pagará por otra prueba de detección cada año con un orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.	$0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Exámenes para detectar el cáncer de seno (mamografías) El plan pagará los siguientes servicios: ▪ Una mamografía cada doce meses para las mujeres de 40 años y mayores ▪ Un examen clínico de los senos cada 24 meses	$0
Exámenes para detectar el cáncer del cuello del útero y vaginal El plan pagará los siguientes servicios: ▪ Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cada 24 meses. ▪ Para las mujeres en alto riesgo de cáncer del cuello del útero: Prueba de Papanicolaou cada 12 meses	$0
Exámenes para detectar la depresión El plan pagará un examen para detectar la depresión cada año. Los exámenes se deben hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento y preautorizaciones.	$0
Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) El plan paga análisis de sangre cada cinco años (60 meses), para saber si usted tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Exámenes y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (STI) El plan pagará exámenes de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes serán cubiertos para algunas personas que tengan mayor riesgo de tener una infección de transmisión sexual. Un proveedor de cuidado primario deberá ordenar las pruebas. Nosotros cubriremos estos exámenes una vez cada 12 meses. El plan también pagará hasta dos sesiones intensivas de consejería del comportamiento, en persona, una vez al año para adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión podrá ser de 20 a 30 minutos de duración. El plan pagará estas sesiones de consejería como un servicio preventivo, solamente si son dadas por un proveedor de cuidados primarios. Las sesiones deben ser en un lugar de cuidados primarios como en el consultorio de un médico.	$0
Exámenes y orientación por el abuso de alcohol El plan pagará por un examen para establecer el abuso de alcohol en adultos que lo consumen pero que no son dependientes del alcohol. Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, usted podrá obtener hasta cuatro sesiones de consejería breves, en persona, una vez al año (si usted está alerta y durante las sesiones) con un proveedor de cuidados primarios calificado o un médico en un lugar de atención de cuidados primarios. También puede recibir servicios de rehabilitación y recuperación concentrados en las destrezas para soportar, los que le ayudarán a controlar sus síntomas y comportamientos. Estos servicios pueden ser en entornos individuales o grupales.	$0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos de receta de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B. Absolute Total Care pagará los siguientes medicamentos: ▪ Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión mientras recibe servicios de un médico como paciente externo de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria ▪ Medicamentos usados mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan ▪ Factores de coagulación que se inyecta usted mismo, si tiene hemofilia ▪ Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano ▪ Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos serán pagados, si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo ▪ Antígenos ▪ Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas ▪ Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) ▪ Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria ***Este beneficio continúa en la página siguiente***	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles**. $0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos de receta de Medicare Parte B (continuación) ➔ **El Capítulo 5, Introducción, página 11o explica sus beneficios de medicamentos de receta como paciente externo** y también las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas**.** ➔ **El Capítulo 6, Sección C, página 130 explica lo que usted pagará por sus medicamentos como paciente externo a través de nuestro plan.**	
Medición de la masa ósea (de los huesos) El plan pagará ciertos procedimientos para los afiliados elegibles (normalmente, para personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos. El plan también pagará servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico que estudie y comente los resultados.	$0
Programas de educación de salud y bienestar El plan tiene una variedad de programas de actividades educativas de salud y bienestar para los afiliados, sus familiares y otras personas que den cuidados informales. Algunos ejemplos de los temas que podrían estar cubiertos son: ***Este beneficio continúa en la página siguiente***	$0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Programas de educación de salud y bienestar (continuación) ▪ Autoadministración de condiciones crónicas ▪ Cómo dejar de fumar ▪ Prevención de caídas ▪ Respaldo a las personas que ofrecen cuidados ▪ Nutrición ▪ Abuso en el consumo de alcohol y drogas ▪ Administración de sus medicamentos ▪ Ejercicios físicos. Los afiliados pueden recibir un reembolso de hasta $250 anualmente por afiliaciones a gimnasios y clases de acondicionamiento físico ▪ Planificación de enfermedades ▪ Preparación para emergencias ▪ Servicios de telemonitoreo. El equipo de telemonitoreo controla el peso, presión sanguínea, oxígeno en la sangre y niveles de glucosa en la sangre de los afiliados. ▪ Línea abierta de enfermería. Disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. ▪ Conciliación de medicamentos en la casa después del alta hospitalaria. ▪ Administración de enfermedades como programas para el manejo de la diabetes	

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios como paciente externo para evitar el abuso de sustancias Medicare Parte B ayuda a pagar los servicios de tratamiento por abuso en el consumo de sustancias como paciente externo, de una clínica o departamento para pacientes externos de un hospital. Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación: ▪ Sicoterapia ▪ Educación del paciente ▪ Cuidados de seguimiento después de salir del hospital ▪ Medicamentos de receta durante una estadía en el hospital o inyectados en el consultorio médico ▪ Exámenes preventivos y consejería	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0
Servicios cubiertos como paciente interno durante una estadía no cubierta como paciente interno Si su estadía como paciente interno no es razonable y necesaria, el plan no la pagará. Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un lugar con servicios de enfermería. El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros que no están incluidos aquí: ▪ Servicios de un médico ▪ Exámenes de diagnóstico, como análisis de laboratorio ▪ Terapia de rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos ▪ Apósitos quirúrgicos ▪ Entablillados, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocamientos o luxaciones ***Este beneficio continúa en la página siguiente***	**Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0 para la mayoría de los artículos

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios cubiertos como paciente interno durante una estadía no cubierta como paciente interno (continuación) ▪ Dispositivos ortopédicos y prostéticos no dentales, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos. Estos son dispositivos que: » reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo), o » reemplazan la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal. ▪ Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente ▪ Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional	$3.40 copago por prótesis y dispositivos ortóticos y suministros médicos cubiertos por Healthy Connections Medicaid

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos. La ambulancia le llevará al lugar más cercano dónde puedan atenderle. Su enfermedad debe ser tan grave que, si lo llevan a algún lugar de cuidados por otros medios, podría poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deberán ser aprobados por el plan. En aquellos casos que *no sean* emergencias, el plan podría pagar por el servicio de una ambulancia. Su enfermedad debe ser tan grave que, llevarle a algún lugar de cuidados por otros medios podría poner en riesgo su vida o su salud.	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano) para servicios de ambulancia que no sean de emergencia. Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0
Servicios de hospital como paciente externo El plan pagará los servicios médicamente necesarios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes externos de un hospital. El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí: ▪ Servicios en una sala de emergencias o en una clínica de pacientes externos, como servicios de observación o cirugía como paciente externo ▪ Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital ▪ Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente interno sería necesario sin ese cuidado ▪ Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital ***Este beneficio continúa en la página siguiente***	**Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de hospital como paciente externo (continuación) ▪ Suministros médicos, como entablillados y yesos ▪ Algunos exámenes y servicios preventivos ▪ Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo	
Servicios de hospitalización parcial La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento siquiátrico activo. Es ofrecido en un ambiente hospitalario a pacientes externos o por un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que el cuidado que usted recibiría en el consultorio de su médico o de su terapeuta. Puede ayudarle a que usted tenga que permanecer en el hospital.	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0
Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en consultorios El plan pagará los siguientes servicios: ▪ Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarios, en lugares como: » un consultorio médico » un centro quirúrgico ambulatorio certificado » una clínica de pacientes externos de un hospital ***Este beneficio continúa en la página siguiente***	$0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en consultorios (continuación) ▪ Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista ▪ Exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su proveedor de cuidados primarios *o* especialista, si su médico lo ordena para ver si usted necesita tratamiento ▪ Algunos servicios de Telehealth, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento de un médico o profesional para pacientes en áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare ▪ Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de un procedimiento médico ▪ Cuidado dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitarán a lo siguiente: » cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, » reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, » extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplástico, ***o*** » servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico.	

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de planificación familiar La ley permite que usted elija a cualquier proveedor para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto quiere decir cualquier doctor, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. El plan pagará los siguientes servicios: ▪ Examen y tratamiento médico de planificación familiar ▪ Exámenes de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar ▪ Métodos de planificación familiar ▪ Suministros de planificación familiar con receta (condones) ▪ Consejería y exámenes por infecciones de transmisión sexual (STI), SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH ▪ Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) ▪ Esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días.) El plan pagará también por otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá ver a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios: ▪ Tratamiento médico para casos de infertilidad ▪ Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH ▪ Pruebas genéticas	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de podiatría El plan pagará los siguientes servicios: ▪ Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos) ▪ Cuidado de rutina de los pies para los afiliados con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes	$0
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) El plan cubre servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería. Los afiliados deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con una orden de un médico. El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca *intensiva*, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales.	$0
Servicios de rehabilitación como paciente externo El plan pagará terapia física, ocupacional y del habla. Los servicios de terapia física deben mejorar o restaurar su función física y prevenir lesiones, impedimentos, discapacidades después de una enfermedad, lesión o pérdida de una parte del cuerpo. Usted puede obtener servicios de rehabilitación del departamento para pacientes externos de un hospital, de terapeutas independientes, de instituciones de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y de otras instituciones.	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de rehabilitación pulmonar El plan pagará programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El afiliado deberá tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	$0
Servicios de transición del hogar de cuidados para personas de la tercera edad Usted tendrá a su disposición los servicios de transición si usted está en un hogar de cuidados para personas de la tercera edad y quiere volver a mudarse a su comunidad. Los servicios ayudan si usted tiene alguna discapacidad o condición de salud mental. Los siguientes servicios están disponibles si usted va de un hogar de cuidados para personas de la tercera edad a un programa de excepción comunitario: ▪ Servicio de electrodomésticos, que ofrece los electrodomésticos necesarios ▪ Mobiliario para establecer un hogar en la comunidad ▪ Ayuda una sola vez con la renta o los servicios públicos El programa Home Again está destinado a ayudar a las personas que han vivido en un hogar para personas de la tercera edad y desean volver a la comunidad mediante su participación en los tres programas de excepción de Community Long Term Care (CLTC). Si usted vivó en una institución de enfermería durante 90 días por lo menos, usted podría ser elegible para el programa y podrá recibir los siguientes servicios: ***Este beneficio continúa en la página siguiente***	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de transición del hogar de cuidados para personas de la tercera edad (continuación) ▪ Coordinación de transición ▪ Intervención en crisis ▪ Servicios de empleo ampliados ▪ Dispositivos de asistencia ampliados ▪ Bienes y servicios ampliados ▪ Sensores inalámbricos ▪ Servicios para la vida comunitaria ▪ Animales de servicio Si le parece ser elegible para el programa, hable con su coordinador de cuidados.	
Servicios dentales Absolute Total Care pagará los siguientes servicios dentales: ▪ Procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos orales ▪ Procedimientos dentales relativos a lo siguiente: » Trasplantes de órganos » Oncología » Radiación de la cabeza o el cuello como tratamiento contra el cáncer » Quimioterapia para tratamiento contra el cáncer » Reemplazo total de articulaciones » Reemplazo de válvula cardíaca » Tratamiento de trauma realizado en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio Los servicios dentales preventivos e integrales están cubiertos a través de Healthy Connections Medicaid. Vea la Sección F, página 104 de este capitulo para encontrar más información	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios para la audición El plan paga pruebas de audición y de equilibro, realizadas por su proveedor. Estas pruebas mostrarán si necesita tratamiento médico y serán cubiertas como cuidado de paciente externo si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. • Un examen auditivo de rutina cada año calendario • Un ajuste/medición y evaluación para un audífono cada año calendario • Audífonos, con una cobertura máxima del plan de $1,250 por año calendario Si usted tiene un implante coclear o un dispositivo auditivo insertado quirúrgicamente, el plan paga las piezas de reemplazo.	$0
Servicios quiroprácticos El plan pagará los servicios siguientes: ▪ Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. El plan pagará solamente otros servicios quiroprácticos médicamente necesarios. Para cubrir otros servicios quiroprácticos, usted tendrá que tener un problema de salud significativo, en forma de una condición neuromuscular. No están cubiertos los servicios quiroprácticos para enfermedades no relacionadas directamente con la columna vertebral, como artritis reumatoide, distrofia muscular, esclerosis múltiple (MS), neumonía y enfisema.	$0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios y suministros para tratar enfermedades renales El plan pagará los siguientes servicios: ▪ Servicios educativos sobre la enfermedad renal, para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los afiliados a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe estar en la etapa IV de enfermedad renal crónica y su doctor deberá darle una referencia. El plan pagará hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la insuficiencia renal. ▪ Tratamientos de diálisis como paciente externo, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporariamente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, Sección B, página 32. ▪ Tratamientos de diálisis como paciente interno, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial. ▪ Capacitación para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo capacitación para usted y para otra persona que le ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis. ▪ Equipo y suministros para hacerse diálisis en el hogar. ▪ Ciertos servicios de respaldo en el hogar, tales como las visitas necesarias por personas capacitadas en diálisis, para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua. **Sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B pagarán por ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, lea "Medicamentos de receta de Medicare Parte B" en este cuadro.**	$0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Suministros para la incontinencia El plan pagará suministros para la incontinencia si su doctor cree que usted los necesita. Las cantidades y frecuencias de los suministros son determinadas por el nivel de su incontinencia.	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0
Telemedicina El plan cubre algunos servicios médicos o de salud usando audio o video en tiempo real, con un proveedor que no esté en el mismo lugar que usted. Estos servicios están disponibles en algunas áreas rurales, bajo ciertas condiciones y solamente si usted está en alguno de los lugares siguientes: un consultorio médico, hospital, clínica de salud rural, centro de salud con certificación federal, institución de diálisis con base en un hospital, institución de enfermería especializada o centro de salud mental comunitario. Los servicios siguientes están cubiertos usando un sistema de telecomunicaciones: ▪ Consultas ▪ Visitas al consultorio ▪ Sicoterapia individual ▪ Administración de medicamentos de receta ▪ Exámenes diagnósticos y pruebas siquiátricos Los servicios, como conversaciones telefónicas, mensajes electrónicos y llamadas de video por teléfono celular no están cubiertos. La telesiquiatría sólo se proporciona de manera limitada, mediante el Departamento de salud mental, en asociación con más de 20 salas de emergencias hospitalarias del estado.	$0 Se exige referido. Comuníquese con el plan para obtener detalles.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de infusión El plan cubre bombas de infusión (y algunos medicamentos usados con las bombas de infusión) recetadas por un médico, para su uso en el hogar. Si usted no quiere recibir terapia de infusión en el consultorio del médico u hospital, usted puede usar un centro de infusiones. Lea en el *Directorio de farmacias y proveedores* una lista de centros de infusión. Usted puede obtener los servicios siguientes en un centro de infusión: ▪ Quimioterapia ▪ Hidratación ▪ Inmunoglobulina intravenosa (IGIB) ▪ Sangre y derivados de sangre ▪ Antibióticos ▪ Punciones intervertebrales o lumbares ▪ Inhalación ▪ Flebotomía terapéutica Habrá un médico presente en el centro de infusiones, en caso de que haya alguna emergencia médica.	**Se exige autorización previa (aprobación de antemano). Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o con enfermedad renal pero que no reciben diálisis. También es para aquellos que han recibido un trasplante de riñón cuando ha sido ordenado por su médico. El plan pagará tres horas de servicios de consejería, en persona durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage o Medicare). Después de eso, nosotros cubriremos dos horas de servicios de consejería, en persona, por año. Si su problema, tratamiento o diagnóstico cambian, usted podrá recibir más horas de tratamiento, si obtiene la orden de un doctor. Un doctor deberá prescribir estos servicios y renovar la orden una vez por año, si su tratamiento es necesario durante el próximo año calendario.	$0
Vacunas (inmunizaciones) El plan pagará los siguientes servicios: ▪ Vacuna contra la neumonía ▪ Vacunas contra la influenza (gripa) una vez al año en el otoño o el invierno ▪ Vacunas contra la hepatitis B, si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B ▪ Otras vacunas, si usted está en riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B El plan pagará otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Healthy Connections Medicaid o Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6, Sección D, página 133 para obtener más información.	$0

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Visita anual para el cuidado de su salud Si usted ha estado inscrito en Medicare Parte B por más de 12 meses, usted podrá recibir un examen anual. Este examen tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo basado en sus factores de riesgo actuales. El plan pagará esta visita una vez cada 12 meses. **Nota:** Usted no podrá recibir su primer examen anual dentro de un periodo de 12 meses desde la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". A usted le pagarán sus exámenes anuales después de haber estado en la Parte B por 12 meses. No será necesario que tenga primero su visita de "Bienvenida a Medicare".	$0
Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" El plan pagará una visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" una sola vez. La visita incluye: ▪ un examen de su salud, ▪ educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones), y ▪ preautorizaciones para otro tipo de cuidado, si lo necesita. **Importante:** Cubriremos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" sólo durante los primeros 12 meses en que tenga Medicare Parte B. Cuando haga su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".	$0

E. Servicios de excepción operados por Community and Long Term Care (CLTC) que paga nuestro plan

Los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) le ayudan a cumplir sus necesidades diarias de asistencia y le ayudan a mejorar su calidad de vida. LTSS puede ayudarle con las actividades diarias, como tomar un baño, vestirse y cocinar. La mayoría de estos servicios se proporcionan en su hogar o en la comunidad, pero también pueden ser proporcionados en un hogar de cuidados para personas mayores u hospital.

LTSS está disponible para los afiliados que estén en ciertos programas de excepción operados por la división de Community Long Term Care (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. El tipo y las cantidades de LTSS dependen del programa de excepción en el que esté usted. Si le parece que necesita LTSS, usted puede hablar con su coordinador de cuidados sobre cómo acceder a ellos y si usted puede unirse a alguno de esos programas de excepción.

Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si la enfermedad o diagnóstico del afiliado es considerado médicamente necesario.

Servicios de excepción operados por Community and Long Term Care (CLTC) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de excepción Community Choices El plan proporciona servicios adicionales para los afiliados del programa de excepción Community Choices. Estos servicios incluyen: ▪ Guardería para adultos y enfermería ▪ Transporte al cuidado de salud de día para adultos ▪ Administración de casos y coordinación de estos servicios de excepción ▪ Servicios de un acompañante ▪ Alimentos entregados en el hogar ▪ Adaptaciones menores del hogar ▪ Cuidados de asistente personal ▪ Sistema personal de respuesta a emergencias ▪ Algunos complementos nutritivos ▪ Alivio temporario para la persona que le cuida (institucional) Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si la enfermedad o diagnóstico del afiliado es considerado médicamente necesario.	**Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0

Servicios de excepción operados por Community and Long Term Care (CLTC) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de excepción por VIH/SIDA El plan proporciona servicios adicionales para los afiliados del programa de excepción por VIH/SIDA. Estos servicios incluyen: ▪ Medicamentos de receta adicionales ▪ Administración de casos y coordinación de estos servicios de excepción ▪ Servicios de un acompañante ▪ Alimentos entregados en el hogar ▪ Adaptaciones menores del hogar ▪ Cuidados de asistente personal ▪ Enfermera de servicio privado ▪ Algunos complementos nutritivos Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si la enfermedad o diagnóstico del afiliado es considerado médicamente necesario.	**Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0

Servicios de excepción operados por Community and Long Term Care (CLTC) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de excepción para personas dependientes de un respirador mecánico El plan proporciona servicios adicionales para los afiliados del programa de excepción para personas dependientes de un respirador mecánico. Estos servicios incluyen: ▪ Administración de casos y coordinación de estos servicios de excepción ▪ Alimentos entregados en el hogar ▪ Adaptaciones menores del hogar ▪ Cuidados de asistente personal ▪ Sistema personal de respuesta a emergencias ▪ Medicamentos de receta ▪ Enfermera de servicio privado ▪ Algunos complementos nutritivos ▪ Equipo y suministros médicos especializados ▪ Alivio temporario para la persona que le cuida (institucional y en el hogar) Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si la enfermedad o diagnóstico del afiliado es considerado médicamente necesario.	**Autorización previa (aprobación de antemano) podría ser exigida. Comuníquese con el plan para obtener detalles.** $0

F. Beneficios cubiertos *fuera* de Absolute Total Care

Los siguientes servicios no están cubiertos por Absolute Total Care pero están disponibles a través de Medicare. Usted puede obtener estos servicios de la misma manera que hasta ahora.

Cuidado de hospicio

Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. El médico de su hospicio puede ser un proveedor de la red o u proveedor fuera de la red.

Lea en el Cuadro de beneficios de la Sección D, página 55 de este capítulo para más información sobre lo que Absolute Total Care paga mientras usted esté recibiendo servicios de cuidado en un hospicio.

Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B relacionados con su pronóstico médico terminal:

- El proveedor de hospicio le cobrará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico médico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por servicios cubiertos por Medicare Parte A o B sin relación con su pronóstico médico terminal (excepto por cuidado de urgencia o cuidado necesario urgentemente):

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

Por medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Absolute Total Care

- Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Por favor lea más información en el Capítulo 5, Sección F, página 123.

Nota: Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su coordinador de cuidados para hacer los arreglos para los servicios. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Llame al número al pie de la página para comunicarse con su coordinador de cuidados.

Los servicios siguientes no están cubiertos por Absolute Total Care, pero están cubiertos por Healthy Connections Medicaid. Usted puede obtener estos servicios de la misma manera como lo hace ahora.

Servicios dentales

Los diagnósticos (evaluación oral y radiografías), cuidado preventivo (limpiezas anuales), cuidados de restauración (empastes) y cuidados quirúrgicos están cubiertos en base a cuota por servicio, con un copago de $3.40. Por favor comuníquese con su coordinador de cuidados para pedir más información.

Transporte de médico fuera de emergencias

La ayuda para el transporte está disponible de ida y vuelta a las citas médicas, con un copago de $0. El tipo de asistencia dependerá de la situación médica del afiliado. Los pedidos de servicios urgentes o el mismo día (como asistencia de transporte para altas del hospital de rutina) serán verificadas con los proveedores de cuidados de salud, para confirmar que el plazo reducido es médicamente necesario. **Cualquier afiliado que necesite transporte de emergencia debe llamar al 911.**

Si quiere más información, por favor comuníquese con su coordinador de cuidados o lea el folleto para el afiliado que se encuentra en el sitio web de LogistiCare, el agente de transportes: https://memberinfo.logisticare.com/scmember/Downloads.aspx. Si tiene más preguntas, por favor comuníquese con LogistiCare usando la información para su región del folleto para el afiliado.

G. Beneficios que *no* están cubiertos por Absolute Total Care, Medicare o Healthy Connections Medicaid

Esta sección dice qué tipos de beneficios están excluidos del plan. *Excluidos* significa que el plan no pagará por esos beneficios. Estos servicios tampoco están cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid

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

El plan no pagará los beneficios médicos anotados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del afiliado*) excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Si usted

cree que debemos pagarle por un servicio que no esté cubierto, puede apelar. Lea el Capítulo 9, si quiere información sobre cómo apelar, Sección 4, página 171.

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

- Acupuntura.
- Cuidado quiropráctico, distinto a la manipulación manual de la columna conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare.
- Cirugía cosmética u otros tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, el plan pagará por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por tratar el otro seno para darle la misma forma.
- Dentaduras postizas. Sin embargo, puede estar cubierto el cuidado dental necesario para tratar enfermedades o lesiones como cuidado como paciente interno o externo.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienvejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Lea el Capítulo 3, Sección J, página 47 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son los que, en general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Lentes, exámenes de los ojos regulares queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otras ayudas para vista reducida. Sin embargo, el plan pagará lentes después de una cirugía de cataratas.
- Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Suministros anticonceptivos de venta libre (no recetados).
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un arnés y estén incluidos en el costo del arnés o los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético. Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o en un lugar para personas de la tercera edad, como un teléfono o una televisión.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.

- Cuidados para el pie de rutina, excepto la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las normas de Medicare.
- Los servicios considerados como “no razonables y necesarios” según los estándares de Medicare y Healthy Connections Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios de emergencia en un hospital de Asuntos de veteranos (VA) y el costo del VA sea mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Los afiliados seguirán siendo responsables de las cantidades de costos compartidos.
- Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente externo a través del plan

Contenido

Introducción 110

Reglas para la cobertura de medicamentos de pacientes externos 110

A. Cómo hacer que le surtan sus recetas..... 111

Surta su receta en una farmacia de la red 111

Muestre su Tarjeta de identificación de afiliado del plan cuando surta una receta..... 111

¿Y si se quiere cambiar a otra farmacia de la red?..... 111

¿Y si la farmacia que usted usa se retira de la red? 112

¿Y si necesita una farmacia especializada? 112

¿Puede usar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos? 112

¿Puede obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos?..... 114

¿Es posible usar una farmacia que no esté en la red del plan? 114

Si usted pagó por un medicamento, ¿el plan le devolverá lo que pagó?..... 115

B. Lista de medicamentos del plan..... 115

¿Qué incluye la Lista de medicamentos? 115

¿Cómo puedo saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos?..... 115

¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?..... 116

¿Qué son los niveles?..... 117

C. Límites de cobertura de algunos medicamentos..... 117

¿Por qué algunos medicamentos tienen límites? 117

¿Qué clases de reglas hay?..... 118

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

¿Alguna de estas reglas es aplicable a sus medicamentos? ... 118

D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto ... 119

Usted puede obtener un suministro temporario ... 119

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos ... 122

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales ... 123

Si usted está en un hospital o una institución de cuidados para personas de la tercera edad durante un tiempo cubierto por el plan ... 123

Si usted está en una institución de cuidado a largo plazo ... 124

Si usted entra a un sitio para el cuidado de la salud a largo plazo durante sus primeros 180 días como afiliado del plan ... 124

Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare ... 125

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos ... 125

Programas para ayudar a los afiliados a usar medicamentos con cuidado ... 125

Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos ... 126

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus *medicamentos de receta como paciente externo.* Estos medicamentos son los que su proveedor ordena para usted y que usted obtiene de una farmacia o al pedirlos por correo e incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y Healthy Connections Medicaid.

Absolute Total Care también cubre los siguientes medicamentos, sin embargo, **no** serán mencionados en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que le den mientras esté en un hospital u hogar de cuidados para personas de edad avanzada.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que usted obtiene durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que usted recibe en una clínica de diálisis. Para saber más sobre qué medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B, lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 55.

Reglas para la cobertura de medicamentos de pacientes externos

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando, usted siga las reglas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe recetarlos. Muchas veces esta persona es su proveedor de cuidados primarios (PCP). También puede ser otro proveedor, si su PCP lo envió a ese proveedor para recibir cuidados.

2. Generalmente, para surtir su receta, usted deberá usar una farmacia de la red.

3. Su medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, nosotros la llamamos “Lista de medicamentos”.
   - Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirla si le damos una excepción. Lea la Sección D, página 119 para saber cómo pedir una excepción.

4. Su medicamento debe ser usado para una *indicación aceptada médicamente.* Esto quiere decir que su uso está aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA) o está respaldado por ciertos libros de referencia.

A. Cómo hacer que le surtan sus recetas

Surta su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará por recetas *sólo* si son surtidas en las farmacias de la red del plan. Una *farmacia de la red* es una farmacia que aceptó surtir recetas para los afiliados de nuestro plan. Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

➔ Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidados.

Muestre su Tarjeta de identificación de afiliado del plan cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su Tarjeta de identificación de afiliado del plan** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le cobrará al plan su medicamento de receta cubierto.

Si usted no tiene la Tarjeta de identificación de afiliado del plan cuando vaya a surtir su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, *usted podría tener que pagar el costo total del medicamento de receta cuando usted vaya a recibirlo.* Usted puede pedirnos que le devolvamos lo que usted haya pagado. Si usted no puede pagar por el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicios para Afiliados. Haremos lo posible para ayudarle.

➔ Para saber cómo pedirnos que le devolvamos lo que usted pagó, lea el Capítulo 7, Sección B, página 138.

➔ Si necesita ayuda para que le surtan un medicamento de receta, puede comunicarse con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidados.

¿Y si se quiere cambiar a otra farmacia de la red?

Si usted cambia de farmacia y necesita surtir una receta, usted puede pedir que un proveedor le dé una receta nueva o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva.

➔ Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidados.

¿Y si la farmacia que usted usa se retira de la red?

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

➔ Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidados.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas deben ser surtidas en una *farmacia especializada.* Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de una institución de cuidado a largo plazo, como una institución de cuidados para personas de edad avanzada. Generalmente, las instituciones de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de alguna institución de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos que usted pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia de la institución. Si la farmacia de su institución de cuidado a largo plazo no está en nuestra red o si usted tiene algún problema para recibir sus medicamentos en una institución de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicios para Afiliados.
- Las farmacias que sirven al Programa de salud para nativos americanos tribales o urbanos. Excepto en emergencias, sólo los nativos americanos y los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Las farmacias que suministran medicamentos que requieren administración e instrucciones especiales para su uso.

➔ Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, ir a nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidados.

¿Puede usar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos?

Usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. En general, los medicamentos disponibles por medio de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular por una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles por medio del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están indicados como medicamentos de pedido por correo en nuestra Lista de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan permite que usted pida un suministro de hasta 90 días del medicamento. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

¿Cómo surto mis recetas por correo?

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Afiliados al número al pie de la página. Los formularios también se encuentran disponibles en nuestro sitio web.

Generalmente, una receta por correo le llegará dentro de 16 días. Si hay un atraso en la entrega de su pedido, comuníquese con Homescripts en el 1-888-239-7690 (TTY: 711). Los representantes están disponibles de lunes a viernes entre 7 a.m. y 7 p.m., hora del este (ET), y los sábados de 9 a.m. a 12 p.m., hora del este (ET).

¿Cómo procesará mi receta el servicio de pedidos por correo?

El servicio de pedidos por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas nuevas que reciba de usted, recetas nuevas que reciba directamente del consultorio de su proveedor y resurtidos de sus recetas por correo.

1. **Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted**

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

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

   Después que la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidados de salud, se comunicará con usted para averiguar si usted quiere que surtan la receta inmediatamente o después. Esto le dará a usted la oportunidad de asegurarse que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluyendo la dosis, cantidad y presentación) y, si es necesario, permitirle a usted detener o retrasar el pedido antes de que la envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para que sepan qué hacer con su receta nueva y para evitar todo retraso de los envíos.

3. **Resurtidos de recetas por pedido por correo**

   Para resurtir, por favor comuníquese con su farmacia 21 días antes de que se agoten los medicamentos que tiene a mano, para asegurarse que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, por favor asegúrese de avisar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse

con usted. Puede proporcionar esta información llamando a Homescripts al 1-888-239-7690 (TTY: 711). Los representantes están disponibles de lunes a viernes entre 7 a.m. y 7 p.m., hora del este (ET), y los sábados de 9 a.m. a 12 p.m., hora del este (ET).

¿Puede obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos?

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de *medicamentos de mantenimiento* en la Lista de medicamentos de nuestro plan. *Los medicamentos de mantenimiento* son los que usted toma de manera regular, para una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red permiten obtener suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro por 90 días tiene el mismo copago que un suministro por un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le dice cuáles farmacias le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos usted podrá usar los servicios de pedido por correo para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Lea la sección anterior para enterarse sobre los servicios de pedidos por correo.

¿Es posible usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Generalmente pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *sólo* cuando usted no pueda usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde le pueden surtir sus recetas como afiliado de nuestro plan.

Pagaremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Usted viaja fuera del área de servicio del plan, necesita una recarga de la receta y no puede acceder u obtener el medicamento en una farmacia de la red.
- No puede obtener el medicamento de manera oportuna dentro del área de servicio ya que, por ejemplo, no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable manejando que preste servicio las 24 horas, 7 días a la semana.
- Debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública en su área geográfica.
- Por lo general, cubriremos una recarga única, un suministro de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en estas situaciones.

➔ En estos casos, llame primero a Servicios para Afiliados para ver si hay una farmacia de la red cercana.

Si usted pagó por un medicamento, ¿el plan le devolverá lo que pagó?

Si usted debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total cuando vaya a recibir sus medicamentos. Usted puede pedirnos que le devolvamos lo que pagó.

➔ Para saber más sobre esto, lea el Capítulo 7, Sección A, página 136.

B. Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una Lista de medicamentos.

El plan selecciona los medicamentos para la Lista de medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos también dice si hay reglas que usted deba seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando, usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

¿Qué incluye la Lista de medicamentos?

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D y algunos medicamentos y de venta libre cubiertos por sus beneficios de Healthy Connections Medicaid.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y *genéricos*. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y cuestan menos.

Nosotros generalmente cubrimos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando, usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y artículos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos de receta y funcionan igual. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

¿Cómo puedo saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos?

Para saber si el medicamento que toma está en la Lista de medicamentos, usted puede:

- Revisar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.

- Ir a nuestro sitio web anotado al pie de la página. La Lista de medicamentos de nuestro sitio web es siempre la más actual.
- Llamar a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página para averiguar si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o pedir una copia de la lista.

¿Qué *no* está en la Lista de medicamentos?

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

Absolute Total Care *no* pagará por los medicamentos incluidos en esta sección. Estos son llamados *medicamentos excluidos.* Si le dan una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si cree que, en su caso, deberíamos pagar por un medicamento excluido, usted puede apelar. (Para saber cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 171.)

Hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

- La cobertura de medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye medicamentos de Parte D y de Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto bajo Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte A o Parte B, están cubiertos de manera gratuita por Absolute Total Care, pero no son considerados como parte de sus beneficios de medicamentos de receta como paciente externo.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El uso del medicamento debe ser aprobado por la FDA o respaldado por libros de referencia que lo aprueben como tratamiento para su enfermedad. Su médico podría recetar cierto medicamento para tratar su enfermedad, aunque ese medicamento no haya sido aprobado para tratar la enfermedad. Esto se llama *uso no indicado en la etiqueta.* Generalmente, nuestro plan no cubre los medicamentos que sean recetados para usos no indicados en la etiqueta.

Por ley, los tipos de medicamentos indicados a continuación tampoco están cubiertos por Medicare ni Healthy Connections Medicaid.

- Medicamentos para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para calmar los síntomas de la gripa o la tos

- Medicamentos con fines cosméticos o para ayudar al crecimiento del cabello
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos para pacientes externos cuando el fabricante de los medicamentos dice que usted tiene que hacerse exámenes u obtener servicios que sólo hacen ellos

¿Qué son los niveles?

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de los tres niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos del mismo tipo como regla general (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre).

- Nivel 1 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 2 (Medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca.
- Nivel 3 (Medicamentos que no son parte de recetas de Medicare o de venta libre ("Rx / OTC")) incluye medicamentos tanto genéricos como de marca.

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

➔ El Capítulo 6, Sección C, página 130 dice la cantidad que usted deberá pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites de cobertura de algunos medicamentos

¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?

Hay reglas especiales que limitan la manera y el tiempo en que el plan cubre ciertos medicamentos de receta. En general, nuestras reglas le aconsejan obtener un medicamento que funcione para su enfermedad y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y barato funciona tan bien como un medicamento más caro, el plan espera que su proveedor use el medicamento más barato.

Si hay alguna regla especial para su medicamento, generalmente significará que usted o su proveedor tendrán que dar algunos pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos primero su diagnóstico o proporcionar los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se aplica a su situación, usted debe

pedirnos que hagamos una excepción. Después de una revisión, podríamos aceptar que use el medicamento sin los pasos adicionales.

➔ Para saber más sobre cómo pedir excepciones, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 192.

¿Qué clases de reglas hay?

1. **Límites para el uso de medicamentos de marca si hay versiones genéricas**

   En general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. Casi siempre, si hay versión genérica de algún medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos, que tratan la misma enfermedad, funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.

2. **Cómo obtener una aprobación del plan por anticipado**

   Usted o su médico deben obtener la aprobación de Absolute Total Care para algunos medicamentos, antes de que usted surta su receta. Absolute Total Care podría no cubrir el medicamento si usted no obtiene la aprobación.

3. **Probar primero un medicamento diferente**

   En general, el plan quiere que usted pruebe medicamentos más baratos (los cuales muchas veces funcionan tan bien como otros medicamentos más caros) antes de cubrir los medicamentos más caros. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma enfermedad y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, es posible que el plan le pida que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Esto se llama *tratamiento progresivo*.

4. **Límites a la cantidad**

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

¿Alguna de estas reglas es aplicable a sus medicamentos?

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de medicamentos. Para obtener la información más reciente,

llame a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página o vaya a nuestro sitio web anotado al pie de la página.

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

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

- **El medicamento que usted quiere tomar no está cubierto por el plan.** Tal vez el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos. Podría estar cubierta una versión genérica, pero no la versión de marca que usted quiere. Un medicamento podría ser nuevo y tal vez no lo hayamos examinado para saber si es seguro y eficaz.
- **El medicamento está cubierto, pero hay reglas o límites adicionales a la cobertura de ese medicamento.** Como se explicó en la sección anterior de este capítulo, Sección C, página 117, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En ocasiones, usted o la persona que le receta, podría preferir que en su caso, no hagamos caso a la regla.

Si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría, podemos hacer varias cosas.

Usted puede obtener un suministro temporario

En algunos casos, el plan podrá darle un suministro temporario de un medicamento, por ejemplo, si el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si tiene algún límite. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo obtener un medicamento diferente o cómo pedirle al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro temporario de un medicamento, debe cumplir estas reglas:

1. **El medicamento que usted ha estado tomando:**
   - ya no está incluido en la Lista de medicamentos del plan, ***o***
   - nunca estuvo incluido en la Lista de medicamentos del plan, ***o***
   - ahora tiene algún límite.
2. **Usted debe estar en una de estas situaciones:**
   - **Usted estaba en el plan el año pasado y no vive en una institución de cuidado a largo plazo.**

Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.** Este suministro temporario será de hasta 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos varios resurtidos, para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.

- **Usted es nuevo en el plan y no vive en una institución de cuidado a largo plazo.**

  Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros 180 días de su participación** en el plan. Este suministro temporario será hasta para 30 días de medicamentos de Parte D y un suministro de 90 días de medicamentos fuera de Parte D. Si su receta es para menos días permitiremos varios surtidos, para proporcionarle hasta un máximo del número de días permitido. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.

- **Usted estaba en el plan el año pasado y vive en una institución de cuidados a largo plazo.**

  Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.** El total del suministro será de hasta 98 días, dependiendo del incremento de despacho. Si su receta es para menos días, permitiremos varios surtidos, para proporcionarle hasta un máximo de 98 días de medicamento. (Por favor tome en cuenta que la farmacia a largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).

- **Usted es nuevo en el plan y vive en una institución de cuidado a largo plazo.**

  Cubriremos un suministro temporario de su medicamento **durante los primeros 180 días de su participación** en el plan. El suministro total será de hasta 98 días, dependiendo del incremento de despacho para medicamentos de Parte D y un suministro de 90 días de medicamentos fuera de Parte D. Si su receta es para menos días, permitiremos varios surtidos, para proporcionarle hasta un máximo del número de días permitido. (Por favor tome en cuenta que la farmacia a largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).

- **Usted ha estado en el plan más de 90 días y vive en una institución de cuidado a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.**

  Cubriremos un suministro para 31 días de su medicamento o menos, si su receta es para menos días. Esto es además del suministro de transición a largo plazo descrito arriba.

- A lo largo del año, usted puede tener un cambio en el ambiente de su tratamiento (el lugar donde obtiene y toma su medicamento), debido al nivel de cuidado que necesita. Tales transiciones pueden incluir, sin limitarse:
    - Afiliados que son dados de alta de un hospital o centro de enfermería especializada a un ambiente de hogar
    - Afiliados que son ingresados a un hospital o centro de enfermería especializada desde un ambiente de hogar
    - Afiliados que se transfieren de un centro de enfermería especializada a otro y que son servidos por una farmacia diferente
    - Afiliados que terminan su estadía de Medicare Parte A en un centro de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que tienen que usar su beneficio de la Parte D del plan
    - Afiliados que renuncian a su estado de hospicio
    - Afiliados dados de alta de hospitales de psiquiatría crónica con regímenes de medicamentos altamente individualizados

  Para estos cambios en ambiente de tratamiento, Absolute Total Care cubrirá tanto como un suministro temporal de 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D si surte su receta en una farmacia. Si usted cambia de ambiente de tratamiento varias veces dentro del mismo mes, es posible que tenga que solicitar una excepción o autorización previa y obtener aprobación para la cobertura continua de su medicamento. Revisaremos estas solicitudes para continuación de terapia de manera individual cuando usted esté en un régimen de medicamento estabilizado que, de ser cambiado, es conocido por implicar riesgos.

Cómo pedir un suministro temporario

Para pedir un suministro temporario de un medicamento, llame a Servicios para Afiliados.

Cuando usted reciba un suministro temporario de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine. Sus opciones son:

- **Usted puede cambiar de medicamento.**

  Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Servicios para Afiliados para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. La lista le ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionarle a usted.

  O

- **Usted puede pedir una excepción.**

  Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté incluido en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin ponerle límites. Su proveedor puede ayudarle a pedir una excepción si dice que usted tiene razones médicas válidas para pedirla.

Cómo pedir una excepción

Si un medicamento que usted está tomando es eliminado de la Lista de medicamentos o se le pone algún límite para el año siguiente, le permitiremos pedir una excepción antes del año siguiente. Le avisaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento como a usted le gustaría para el año siguiente. Responderemos a su pedido de una excepción a más tardar en 72 horas después de recibirlo (o el informe de su proveedor).

➔ Para saber más sobre cómo pedir una excepción, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 192.

➔ Si usted necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios para Afiliados o su coordinador de cuidados.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1º de enero. Sin embargo, el plan podría modificar la Lista de medicamentos durante el año. El plan podría:

- Agregar medicamentos porque hay nuevos medicamentos disponibles, incluyendo medicamentos genéricos, o el gobierno aprobó un nuevo uso para un medicamento existente.
- Eliminar medicamentos porque fueron retirados del mercado o porque hay medicamentos más baratos que funcionan igual.
- Agregar o eliminar un límite a la cobertura de un medicamento.
- Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.

Si cualquiera de los cambios siguientes afecta algún medicamento que usted esté tomando, el cambio no le afectará a usted antes del 1º de enero del año siguiente:

- Pusimos un límite nuevo al uso del medicamento.

- Sacamos su medicamento de la Lista de medicamentos, pero no debido a que se retiró o debido a que un medicamento genérico nuevo lo reemplazó.

Usted generalmente no tendrá un aumento en sus pagos o límites nuevos para el uso del medicamento antes del 1º de enero del año siguiente. Estos cambios no le afectarán antes del 1º de enero del año siguiente.

Usted *será* afectado por el cambio de cobertura antes del 1º de enero, en los siguientes casos:

- Si un medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico nuevo, el plan debe avisarle del cambio, por lo menos 60 días antes.
  - » El plan le puede surtir de nuevo su medicamento de marca por 60 días en una farmacia de la red.
  - » Usted deberá trabajar con su proveedor durante esos 60 días para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente cubierto por el plan.
  - » Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que le siga cubriendo el medicamento de marca. Para saber cómo, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 192.
- Si un medicamento es retirado del mercado porque no es seguro o por algún otro motivo, el plan lo sacará de la Lista de medicamentos. Nosotros le avisaremos inmediatamente sobre este cambio.
  - » Su proveedor también sabrá sobre este cambio y trabajará con usted para encontrar otro medicamento para su enfermedad.

➔ Si hay algún cambio de cobertura para un medicamento que usted esté tomando, **el plan le enviará un aviso**. Normalmente, el plan le informará, por lo menos, 60 días antes del cambio.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

Si usted está en un hospital o una institución de cuidados para personas de la tercera edad durante un tiempo cubierto por el plan

Si le internan en un hospital o una institución de enfermería especializada durante un tiempo cubierto por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos de receta durante su estadía. Usted no tendrá que hacer ningún copago. Cuando salga del hospital o

de la institución de enfermería especializada, el plan seguirá cubriendo sus medicamentos, siempre y cuando, los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

Si usted está en una institución de cuidado a largo plazo

Generalmente, una institución de cuidado a largo plazo, como una institución de cuidado para personas de la tercera edad, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a sus residentes. Si usted está viviendo en una institución de cuidado a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos de receta a través de la farmacia de la institución, si la farmacia es parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su institución de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Afiliados.

Si usted entra a un sitio para el cuidado de la salud a largo plazo durante sus primeros 180 días como afiliado del plan

Si usted necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de límite, el plan le cubrirá un suministro temporario de su medicamento durante los primeros 180 días de su participación en el plan, hasta que le hayamos dado un suministro para 98 días de medicamentos de Parte D y un suministro de 90 días de medicamentos fuera de Parte D. El primer suministro será de hasta 31 días, o menos, si su receta es para menos días. Si necesita resurtidos, se los cubriremos durante sus primeros 180 días en el plan.

Cuando usted reciba un suministro temporario de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine. Es posible que un medicamento diferente cubierto por el plan le funcione igual. O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento como usted quiere que sea cubierto.

➔ Para informarse más sobre cómo pedir excepciones, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 192.

Si usted ha estado en el plan por más de 90 días, vive en una institución de cuidado a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente

Cubriremos un suministro por 31 días o menos si su receta fue escrita para menos días. Esto es además del suministro de transición de arriba.

Cuando usted reciba un suministro temporario de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termine. Es posible que un medicamento

diferente cubierto por el plan le funcione igual. O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento como usted quiere que sea cubierto.

➔ Para informarse más sobre cómo pedir excepciones, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 192.

Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita algún medicamento para el dolor, para la náusea, laxante o contra la ansiedad que no esté cubierto por su hospicio, porque no tiene relación con su pronóstico médico terminal y enfermedades relativas, nuestro plan deberá recibir un aviso de la persona que recetó el hospicio o de su proveedor de hospicio, de que el medicamento no tiene relación con su enfermedad, antes que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos para recibir cualquier medicamento sin relación con su enfermedad terminal, que deba estar cubierto por nuestro plan, usted puede pedir a su proveedor de hospicio o a la persona que recetó el hospicio que se asegure de darnos la notificación de que el medicamento no tiene relación con su enfermedad, antes de pedir a la farmacia que surta el medicamento.

Si usted abandona el hospicio, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en la farmacia cuando terminen sus beneficios de hospicio, usted deberá llevar a la farmacia documentos que prueben que usted abandonó el hospicio. Lea en las partes anteriores de este capítulo sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D.

➔ Para saber más sobre el beneficio de hospicio, lea el Capítulo 4, Sección D, página 55.

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

Programas para ayudar a los afiliados a usar medicamentos con cuidado

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

- Errores en los medicamentos
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted esté tomando otro medicamento que funciona igual
- Medicamentos que podrían no ser seguros para su edad o sexo
- Medicamentos que podrían hacerle daño, si los toma al mismo tiempo

- Medicamentos con ingredientes a los que usted es alérgico

Si vemos que hay un posible problema en cuanto al uso de sus medicamentos de receta, trabajaremos con su proveedor para solucionarlo.

Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para enfermedades diferentes, usted podría ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia de medicamentos (MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a garantizar que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y le hablarán sobre:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que usted toma
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y sus reacciones
- Cómo tomar mejor sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos de receta y de venta libre

Usted recibirá un resumen de esta discusión. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos, que recomienda lo que usted puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos personales, que incluirá todos los medicamentos que usted toma y por qué los toma.

Sería una buena idea programar una revisión de sus medicamentos antes de su consulta de rutina anual, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de cuidados de salud. También lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los afiliados elegibles. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos la información. Si usted no quiere estar en el programa, avísenos y lo sacaremos del programa.

➔ Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Afiliados o su coordinador de cuidados.

Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de receta de Medicare y Healthy Connections Medicaid

Contenido

Introducción 128

A. La explicación de los beneficios (EOB) 129

B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos 129

1. Use su Tarjeta de identificación de afiliado del plan. 129

2. Asegúrese que tengamos la información que necesitamos. 129

3. Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted. 130

4. Revise los informes que le enviamos. 130

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes o a largo plazo 130

Niveles de costo compartido del plan 130

Sus opciones de farmacias 131

Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 131

¿Cuánto paga usted? 132

Su parte del costo de un suministro de *un mes o de largo plazo* de un medicamento de receta cubierto de: 132

D. Vacunas 133

Antes de obtener una vacuna 133

Cuánto paga usted por una vacuna de Medicare Parte D 133

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Introducción

Este capítulo habla de lo que usted paga por sus medicamentos de receta de paciente externo. Cuando hablamos de “medicamentos” queremos decir:

- medicamentos de receta de Medicare Parte D, ***y***
- los medicamentos y artículos cubiertos por Healthy Connections Medicaid, ***y***
- los medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Como usted es elegible para Healthy Connections Medicaid, usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus costos del plan de medicamentos de receta de Medicare Parte D.

Para saber más sobre los medicamentos de receta, usted puede leer:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.** La llamamos la “Lista de medicamentos”. La que le dice:

  » Los medicamentos que paga el plan

  » En cuál de los tres niveles está cada medicamento

  » Si hay algún límite en los medicamentos

  Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web anotado al pie de la página. La Lista de medicamentos de nuestro sitio web es siempre la más actual.

- **El Capítulo 5 de este Manual del afiliado.** El Capítulo 5, Sección 98 le dice cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente externo a través del plan. Contiene las reglas que usted debe seguir. También le dice qué tipos de medicamentos de receta *no* están cubiertos por nuestro plan.
- ***Directorio de proveedores y farmacias* del plan.** En la mayoría de los casos, usted deberá usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptaron trabajar con nuestro plan. El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de las farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A, página 111.

A. La explicación de los beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos de receta. Llevamos el registro del *total de los costos de sus medicamentos*. Esta es la cantidad de dinero que paga el plan (o que otros pagan en su nombre) por sus recetas.

Cuando usted recibe medicamentos de receta a través del plan, le enviamos un informe llamado *Explicación de los beneficios.* Lo llamamos *EOB* para abreviar. EOB incluye:

- **Información del mes**. El informe dice qué medicamentos de receta recibió usted. Éste muestra el total de los costos por medicamento, cuánto ha pagado el plan y cuánto ha pagado usted y los terceros que pagan por usted.
- **Información "de lo que va del año".** Éste es el costo total de sus medicamentos y el total de los pagos desde el 1º de enero.

➔ Ofrecemos cobertura de medicamentos que no cubre Medicare. Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, lea la Lista de medicamentos.

B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos

Para llevar la cuenta de sus costos de medicamentos y los pagos que ha hecho, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Cómo nos puede ayudar:

1. Use su Tarjeta de identificación de afiliado del plan.

Muestre su Tarjeta de identificación de afiliado del plan cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos surte y cuánto paga.

2. Asegúrese que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos por los que haya pagado. Usted puede pedirnos que le devolvamos el costo del medicamento.

Éstas son algunas de las veces en que deberá enviarnos copias de sus recibos:

- Cuando usted compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red, a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte de los beneficios de nuestro plan

- Cuando haga un copago por medicamentos que usted obtenga con un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- Cuando usted compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando usted pague el costo completo por un medicamento cubierto

➔ Para saber cómo pedirnos que le paguemos por el medicamento, lea el Capítulo 7, Sección B, página 138.

3. Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.

Los pagos de ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA, el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones caritativas, cuentan para sus costos de bolsillo.

4. Revise los informes que le enviamos.

Cuando usted reciba por correo una Explicación de beneficios, por favor asegúrese de que esté completa y correcta. Si le parece que algo está equivocado o que algo falta en el informe o si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicios para Afiliados. Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos por medicamentos.

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes o a largo plazo

En Absolute Total Care, usted no paga nada por medicamentos cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan.

Niveles de costo compartido del plan

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de los tres niveles. Usted no tiene copagos por medicamentos recetados o de venta libre (OTC) en la Lista de medicamentos de Absolute Total Care. Para conocer los niveles de sus medicamentos, puede buscarlos en la Lista de medicamentos.

- Nivel 1 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 2 (Medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca.

- Nivel 3 (Medicamentos que no son parte de recetas de Medicare o de venta libre (“Rx / OTC”)) incluye medicamentos tanto genéricos como de marca.

Sus opciones de farmacias

La cantidad que pague por un medicamento depende de si lo recibe de:

- una farmacia de la red, ***o***
- una farmacia fuera de la red.

➔ En casos limitados, cubrimos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red. Lea el Capítulo 5, Sección A, página 111 para averiguar cuándo lo haremos.

➔ Para saber más sobre estas opciones de farmacias, lea el Capítulo 5 de este manual, Sección A, página 111 y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de algunos medicamentos, (también se llama “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días. Un suministro a largo plazo no tiene costo para usted.

➔ Lea los detalles de cómo obtener un suministro a largo plazo en el Capítulo 5, Sección A, página 111 o en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

¿Cuánto paga usted?

➔ Puede comunicarse con Servicios para Afiliados para averiguar cuál es el copago de cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo de un suministro de *un mes o de largo plazo* de un medicamento de receta cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro por un mes o hasta por 90 días	**El servicio de pedidos por correo del plan** Un suministro por un mes o hasta por 90 días	**Una farmacia de cuidados a largo plazo de la red** Un suministro hasta por 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Un suministro hasta por 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Lea los detalles en el Capítulo 5, Sección A, página 111.
Nivel 1 (Medicamentos genéricos)	$0 copago	$0 copago	$0 copago	$0 copago
Nivel 2 (Medicamentos de marca)	$0 copago	$0 copago	$0 copago	$0 copago
Nivel 3 (Medicamentos no Rx/OTC)	$0 copago	$0 copago	$0 copago	$0 copago

➔ Si quiere información sobre cuáles farmacias pueden darle suministros a largo plazo, lea el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

D. Vacunas

Nuestro plan cubre las vacunas de Medicare Parte D. Nuestra cobertura de las vacunas de Medicare Parte D tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es por el costo **de la vacuna**. La vacuna es un medicamento de receta.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de **ponerle la vacuna**. Por ejemplo, a veces usted puede recibir la vacuna como una inyección que le pone su médico.

Antes de obtener una vacuna

Le recomendamos que llame antes a Servicios para Afiliados cada vez que piense obtener una vacuna.

- Podremos decirle cómo cubre su vacuna nuestro plan.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos al usar proveedores y farmacias de la red. Las *Farmacias de la red* son farmacias que aceptaron trabajar con nuestro plan. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red deberá trabajar con Absolute Total Care para garantizar que usted no tenga costos adelantados por una vacuna de la Parte D.

Cuánto paga usted por una vacuna de Medicare Parte D

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (la enfermedad para la que se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para saber más sobre estas vacunas, lea el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 55.
- Otras vacunas son consideradas como medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar la lista de estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan.

Éstas son tres maneras comunes en las que usted podría obtener una vacuna de Medicare Parte D.

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia de la red y le ponen su inyección en la farmacia.
   - Usted no pagará nada por la vacuna.

➔ Algunos estados no permiten que las farmacias pongan inyecciones.

2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico y su médico le pone la inyección.
   - Usted no pagará nada al médico por la vacuna.
   - Nuestro plan pagará el costo de ponerle la vacuna.
   - En este caso, la oficina del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos informarles que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que le ponga la inyección.
   - Usted no pagará nada por la vacuna.
   - Nuestro plan pagará el costo de ponerle la vacuna.

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos

Contenido

A. Cuándo nos puede pedir que paguemos por sus servicios o medicamentos 136

B. Cómo y a dónde debe enviarnos su pedido de pago 138

C. Decidiremos sobre su cobertura 139

D. Usted puede apelar 140

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

A. Cuándo nos puede pedir que paguemos por sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben enviar al plan de salud los cobros por los servicios o medicamentos que usted ya recibió. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por el costo total de servicios o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, lea la Sección B de este capítulo, página 138.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó más de su parte del costo, usted tiene derecho a que le devuelvan lo que haya pagado.
  - » Si usted pagó por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos lo que pagó.
  - » Si usted pagó por servicios cubiertos por Healthy Connections Medicaid, no podemos devolverle lo que pagó, pero el proveedor lo hará. Servicios para Afiliados o el Defensor principal de Healthy Connections pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Vea sus números de teléfono al pie de la página y en el Capítulo 2, Sección H, página 29.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, le avisaremos.

➔ Comuníquese con Servicios para Afiliados con su coordinador de cuidados si tiene preguntas. Si no sabe qué debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea darnos información relacionada con un pedido de pago que ya nos envió.

Estos son algunos ejemplos de casos en los que podría pedirle a nuestro plan que le devuelva un pago que usted haya hecho o que le pague una factura que haya recibido:

1. **Si recibe cuidado de emergencia o cuidado de salud necesario de urgencia de un proveedor fuera de la red**

   Usted debe pedir al proveedor que le cobre al plan.

   - Si paga la cantidad total al recibir el cuidado de salud, pídanos devolverle nuestra parte del costo. Envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.
   - Si recibe una factura del proveedor pidiendo un pago que usted cree que no debe, envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho.

» Si se debe pagar, le pagaremos directamente al proveedor.

» Si usted ya pagó más que su parte del costo por el servicio, nosotros calcularemos cuánto debía y le devolveremos nuestra parte del costo.

2. Si un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas al plan.

- No permitimos que los proveedores agreguen cargos por separado, lo que se llama "cobro de saldo". Esto es cierto aunque le paguemos al proveedor menos de lo que el proveedor haya cobrado por un servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, usted tampoco tiene que pagarlos.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted crea que es más de lo que usted debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, pero usted cree que pagó demasiado, envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho. Le devolveremos lo que haya pagado por la diferencia entre la cantidad que usted haya pagado y la cantidad que debía pagar de acuerdo con el plan.

3. Si usa una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta

Si usted va a una farmacia que no está en la red, tendrá que pagar el costo total de su receta.

➔ Sólo en algunos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que usted pagó. En el Capítulo 5, Sección A, página 111 podrán informarle más sobre las farmacias fuera de la red.

4. Si paga la totalidad del costo de una receta porque no lleva su Tarjeta de identificación de afiliado

Si usted no lleva su Tarjeta de identificación de afiliado del plan, pida a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita, tal vez usted tenga que pagar el costo total de la receta.

- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que haya pagado.

5. Si paga el costo total por un medicamento que no está cubierto

Usted deberá pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Tal vez el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que usted tenga que pagar el costo total.
  - » Si no le pagan por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, usted puede pedir una decisión de cobertura (lea el Capítulo 9, Secciones 5.2, página 176, y 6.4, página 195).
  - » Si usted y su médico u otro proveedor creen que usted necesita de inmediato el medicamento, puede pedir una decisión de cobertura rápida (lea el Capítulo 9, Secciones 5.2, página 176, y 6.4, página 195).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que pagó. En algunos casos, podríamos necesitar más información de su médico u otro proveedor para poder devolverle lo que pagó por el medicamento.

Cuando nos pida que le paguemos, revisaremos su pedido y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura“. Si decidimos que debemos cubrirlo, pagaremos por su servicio o medicamento. Si rechazamos su pedido de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

➔ Para saber cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 171.

B. Cómo y a dónde debe enviarnos su pedido de pago

Envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho. La prueba de pago puede ser una copia del cheque que hizo o un recibo del proveedor. Es una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para sus expedientes. Puede pedirle ayuda a su coordinador de cuidados

Envíenos por correo su pedido de pago junto con las facturas o los recibos, a la siguiente dirección:

Absolute Total Care
1441 Main Street, Suite 900
Columbia, SC 29201

Para servicios, artículos y medicamentos que no son de la Parte D, usted debe enviarnos su reclamo dentro de 365 días desde la fecha en la que recibió el servicio, artículo o medicamento que no es de la Parte D

Para medicamentos de la Parte D, usted debe enviarnos su reclamo dentro de 36 meses desde la fecha en la que obtuvo el medicamento de la Parte D.

C. Decidiremos sobre su cobertura

Cuando recibamos su pedido de pago, tomaremos una *decisión de cobertura.* Esto significa que decidiremos si su servicio o medicamento está cubierto por el plan. También decidiremos la cantidad que usted tiene que pagar, si debe pagar algo, por el servicio o el medicamento.

- Si necesitamos que nos dé más información, le avisaremos.
- Si decidimos que el servicio o medicamento está cubierto y que usted siguió las reglas para obtenerlo, le pagaremos nuestra parte del costo por él. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado por el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

➔ En el Capítulo 3, Sección B, página 32 se explican las reglas para pedir el cubrimiento de sus servicios. En el Capítulo 5, Introducción, página 110 se explican las reglas para los medicamentos que debe cubrir el programa de Medicamentos de Medicare Parte D.

- Si decidimos no pagar por nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta explicándole el motivo. En la carta también se le explicará su derecho a presentar una apelación.

➔ Para saber más sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9, Sección 5.2 (página 176), y Sección 6.4 (página 195).

D. Usted puede apelar

Si le parece que nos equivocamos al rechazar su pedido de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama *apelar.* Usted también puede apelar si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

➔ El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para saber más sobre las apelaciones, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 171.

- Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un servicio de cuidado de salud, vaya al Capítulo 9, Sección 5.3, página 179.
- Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 5.3, página 179 o al Capítulo 9, Sección 6.5, página 199.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Contenido

Introducción 143

A. Usted tiene derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades 143

B. Debemos tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento 145

C. Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 146

D. Debemos proteger su privacidad y su información médica 147

Cómo protegemos la información sobre su salud 147

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos 147

E. Debemos darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted 155

F. Los proveedores de la red no pueden cobrarle directamente 156

G. Usted tiene derecho a retirarse del plan en cualquier momento 157

H. Usted tiene derecho a decidir sobre su cuidado de salud 157

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud 157

Usted tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud 158

Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 159

I. Usted tiene derecho a opinar sobre las operaciones del plan 159

J. Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos 159

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Qué hacer si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos 160

Cómo obtener más información sobre sus derechos 160

K. Usted también tiene responsabilidades como afiliado del plan 161

Introducción

En este capítulo, encontrará sus derechos y responsabilidades como afiliado del plan. Nosotros debemos respetar sus derechos.

A. Usted tiene derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades

Tenemos la obligación de avisarle sobre las opciones, reglas y beneficios del plan, de una manera que usted pueda entenderlo. Tenemos la obligación de avisarle cuáles son sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios para Afiliados. Nuestro plan tiene personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
  - Nuestro plan también puede darle materiales gratuitos en español y en formatos como letras grandes, braille o audio. Para obtener materiales en español o en otro idioma o formato, sírvase llamar a Servicios para Afiliados al número que se encuentra al pie de la página. También puede escribirnos a Absolute Total Care, 1441 Main Street, Suite 900, Columbia, SC 29201. Nos puede pedir que le enviemos futuros materiales en el mismo idioma o formato.
- Si tiene problemas para obtener información de su plan por problemas de idioma o alguna discapacidad y quiere presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas al día, siete días a la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- También puede llamar directamente a Healthy Connections Medicaid para que le ayuden con problemas. Lea abajo sobre cómo obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:
  - Llame al Defensor primario de Healthy Connections al 1-844-477-4632 . Ellos pueden ayudarle a entender el proceso de quejas y le dirán quién puede ayudarle. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

You have a right to get information in a way that meets your needs

We must tell you about the plan's options, rules, and benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

➔ To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.

➔ Our plan can also give you materials for free in Spanish and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in Spanish, or to get materials in another language or format, please call Member Services at the number at the bottom of the page. You may also write to Absolute Total Care, 1441 Main Street, Suite 900, Columbia, SC 29201. You may also ask that we send you future materials in this same language or format.

➔ If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, seven days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.

➔ You can also call Healthy Connections Medicaid directly for help with problems. Here is how to get help from Healthy Connections Medicaid:

Call the Healthy Connections Prime Advocate at 1-844-477-4632. They can help you understand the complaint process and tell you who can help. TTY users should call 711.

B. Debemos tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento

Nuestro plan debe respetar las leyes que le protegen de la discriminación o del tratamiento injusto. **Nosotros no discriminamos** en contra de nuestros afiliados sobre ninguno de lo siguiente:

- Apelaciones
- Capacidad mental
- Conducta
- Discapacidad mental o física
- Edad
- Estado de salud
- Etnicidad
- Evidencia de asegurabilidad
- Experiencia con reclamos
- Historial médico
- Identidad sexual
- Información genética
- Orientación sexual
- Origen nacional
- Raza
- Recibo de atención de salud
- Religión
- Sexo
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio
- Uso de servicios

Según las reglas del plan, usted tiene derecho a mantenerse libre de toda restricción o reclusión física que pudiera ser usada como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.

No podemos negarle servicios ni castigarle por ejercer sus derechos.

➔ Para obtener más información o si cree que usted podría tener una queja por discriminación o por haber recibido un tratamiento injusto, llame a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 (TTY para personas con problemas para oír o hablar: 1-800-537-7697). También puede visitar http://www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

➔ También puede llamar a su Oficina local de derechos civiles. Usted puede llamar a The South Carolina Human Affairs Commission al 1-800-521-0725. La llamada es gratuita.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

➔ Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir cuidados o comunicarse con un proveedor, llame a Servicios para Afiliados. Si usted tiene alguna queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Afiliados puede ayudarle.

C. Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como afiliado de nuestro plan:

- Usted tiene derecho a elegir a su proveedor de cuidados primarios (PCP) en la red del plan. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud.
  - » Llame a Servicios para Afiliados o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber cuáles médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a una red de cuidados personales y proveedores especialistas, capaces de satisfacer sus necesidades, como ubicación física, comunicaciones y programación.
- Usted tiene derecho a ir a ver un ginecólogo u otro especialista en salud femenina sin tener que obtener una preautorización. Una *preautorización* es una aprobación de su proveedor de cuidados primarios.
- Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un tiempo razonable.
  - » Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas.
  - » Si usted no puede obtener servicios dentro de un término de tiempo razonable, tendremos que pagar por su cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidados de urgencia sin una autorización previa.
- Usted tiene derecho a que sus recetas sean surtidas sin demoras largas en cualquiera de las farmacias de nuestra red.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Para saber sobre Proveedores fuera de la red, lea el Capítulo 3, Sección B, página 32.

El Capítulo 9, Sección 10, página 222 dice qué puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un tiempo razonable. El Capítulo 9, Sección 4, página 171 también dice qué puede hacer si le negamos cobertura para sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

D. Debemos proteger su privacidad y su información médica

Nosotros protegemos su información médica personal tal como lo exigen las leyes federales y estatales.

- Su información médica incluye la información que usted nos dio cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derecho a recibir información y a controlar la forma en que se usa la información sobre su salud. Le enviaremos un aviso por escrito para informarle sobre estos derechos. Este aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”. En el aviso también se explica la forma en que protegemos la privacidad de su información médica.

Cómo protegemos la información sobre su salud

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización, lea ni cambie sus expedientes.
- En casi ninguna situación le daremos información sobre su salud a alguien que no esté proporcionándole cuidado o pagando por su cuidado. Si lo hacemos, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito.* El permiso por escrito puede darlo usted u otra persona que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Hay algunos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
  - » Debemos revelar la información médica a instituciones gubernamentales que estén verificando nuestra calidad de cuidado.
  - » Debemos darle a Medicare o a Healthy Connections Medicaid la información sobre su salud y medicamentos. Si Medicare o Healthy Connections Medicaid revela su información con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes del estado y federales.

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos

- Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de sus expedientes. Se nos permite cobrarle por hacer una copia de sus expedientes médicos.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos pide hacerlo, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

- Usted tiene derecho a saber si su información de salud ha sido compartida con otros y cómo se ha hecho.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información médica, llame a Servicios para Afiliados.

MEDICARE-MEDICAID PLAN BY ABSOLUTE TOTAL CARE (MMP)
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Obligaciones de entidades cubiertas:

Absolute Total Care es una Entidad Cubierta, de acuerdo con la definición y regulación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Por ley, Superior tiene la obligación de mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Debemos darle este aviso. Incluye nuestras obligaciones legales y prácticas privadas en relación a su PHI. Debemos seguir los términos del aviso actual. Debemos avisarle si hay una infracción a su PHI asegurada.

Este Aviso describe cómo podemos utilizar y revelar su PHI. Describe sus derechos de acceder, cambiar y manejar su PHI. También indica cómo usar sus derechos.

Superior puede cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho a poner en vigencia el Aviso corregido o cambiado para el PHI suyo que ya tenemos. Podemos además ponerlo en vigencia para cualquiera de sus PHIs que recibamos en el futuro. Superior actualizará y le enviará este aviso con prontitud cada vez que haya un cambio en el material contenido en las siguientes declaraciones de este aviso:

- Los usos y revelación de información
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad mencionadas en el aviso

Los avisos actualizados se encontrarán en nuestro sitio Web. Además, si solicita una copia, se la enviaremos por correo o vía email.

Los usos y revelación de información de su PHI:

La siguiente esta una lista de cómo podemos utilizar o revelar su PHI sin su permiso o autorización:

Tratamiento. Podemos utilizar o revelar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le esté proporcionando tratamiento. Hacemos esto para coordinar su tratamiento entre proveedores. Hacemos esto también para ayudarnos con decisiones de autorización previas relacionadas con sus beneficios.

Pago. Podemos utilizar y revelar su PHI para realizar pagos de beneficios por servicios de atención médica que usted haya recibido. Podemos revelar su PHI debido a asuntos de pago a otro plan de salud, proveedor de atención médica u otra entidad. Esto está sujeto a las Regulaciones de Privacidad federales. Actividades de pago pueden incluir:

- proceso de solicitudes de reembolso (reclamaciones)
- determinación de elegibilidad o cobertura para solicitudes de reembolso
- emisión de cobros de primas
- revisión de servicios por necesidad médica
- llevar a cabo revisiones de utilización de solicitudes de reembolso

Operaciones de Atención Médica. Podemos utilizar y revelar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:

- proporcionar servicio al cliente
- responder a quejas y apelaciones
- proporcionar administración de casos y coordinación de cuidado
- conducir revisiones médicas de solicitudes de reembolso y otras evaluaciones de calidad
- actividades de mejoramiento

En nuestras operaciones de atención médica, podemos revelar PHI a asociados de negocios. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con dichos asociados. Podemos revelar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las Regulaciones de Privacidad federales. La entidad debe además tener alguna relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- evaluación de calidad y actividades de mejoramiento
- revisión de competencia o calificaciones de profesionales de atención médica
- administración de casos y coordinación de cuidado

- detección o prevención de fraude y abuso en la atención médica

Recordatorios de Citas Médicas/Alternativas de Tratamiento. Podemos utilizar y revelar su PHI para recordarle de una cita para tratamiento o cuidado médico con nosotros. Podemos también utilizarla o revelarla para proporcionarle información acerca de alternativas de tratamientos. Podemos además utilizarla o revelarla para otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, información sobre cómo dejar de fumar o bajar de peso.

Como lo exija la ley. Si la ley federal, estatal y/o local demanda el uso o revelación de su PHI, podemos utilizar o revelar su información PHI. Haremos esto cuando el uso o la revelación cumpla con la ley. El uso o revelación está limitado a las exigencias de la ley. Podría haber otras leyes o regulaciones que representan conflicto. Si esto sucede, cumpliremos con la ley o regulación más restrictiva.

Actividades de Salud Pública. Podemos utilizar y revelar su PHI a una autoridad de salud pública para prevenir o controlar enfermedad, daño o discapacidad. Podemos revelar su PHI a la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA, sigla en inglés). Podemos hacer esto para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de productos o servicios bajo el control de FDA.

Víctimas de Abuso y Negligencia. Podemos revelar su PHI a una autoridad de gobierno local, estatal o federal. Esto incluye servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada legalmente para obtener estos reportes. Haremos esto si tenemos razón para creer que existe abuso, negligencia o violencia doméstica.

Procedimientos Judiciales y Administrativos. Podemos revelar su PHI durante procedimientos judiciales y administrativos. Podemos además revelarlo en respuesta a lo siguiente:

- una orden de una corte
- tribunal administrativo
- citación
- orden de comparecencia
- orden judicial
- solicitud de descubrimiento de pruebas
- solicitud legal similar

Cuerpos policiales. Podemos revelar su PHI de relevancia a cuerpos policiales cuando tengamos la obligación de hacerlo. Por ejemplo, en respuesta a:

- orden de corte
- orden judicial de corte
- citación
- orden de comparecencia emitida por un oficial judicial
- citación de jurado de acusación

Podemos además revelar su PHI relevante para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona extraviada.

Forense, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos revelar su PHI a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar una causa de muerte. Podemos también revelar su PHI a directores funerarios, como sea necesario, para llevar a cabo sus obligaciones.

Donación de Órganos, Ojos y Tejidos. Podemos revelar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. Podemos además revelar su PHI a aquellos que trabajan en la obtención, banca o trasplante de:

- órganos cadavéricos
- ojos
- tejidos

Amenazas a Salud y Seguridad. Podemos revelar su PHI si creemos, de buena fe, que es necesario para prevenir o aminorar una amenaza grave o inminente. Esto incluye amenazas a la salud o seguridad de una persona o del público.

Funciones Gubernamentales Especializadas. Si usted es afiliado de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, podemos revelar su PHI como requerido por las autoridades de comando militar. Podemos también revelar su PHI:

- a oficiales federales para seguridad nacional
- a actividades de inteligencia
- al Departamento de Estado para determinaciones de pertinencia médica
- para servicios de protección del Presidente u otra persona autorizada

Indemnización de Trabajadores. Podemos revelar su PHI para cumplir con leyes relacionadas a indemnización de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley. Estos son programas que proporcionan beneficios debido a daños o enfermedades relacionadas con trabajo, independiente a la culpabilidad.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Situaciones de Emergencia. Podemos revelar su PHI en una situación de emergencia, o si usted no se encuentra habilitado para responder o está ausente. Esto incluye a un familiar, amigo personal cercano, agencia de alivio a desastres autorizada o cualquier otra persona de quien usted nos haya hablado. Utilizaremos juicio profesional y experiencia para decidir si la revelación es para su conveniencia. De ser para su conveniencia, revelaremos el PHI directamente relevante a la persona involucrada con su cuidado.

Investigación. En algunos casos, podemos revelar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado. Deben contar con medidas de salvaguardia para asegurar la privacidad y protección de su PHI.

Acuerdo verbal para usos y revelaciones de su PHI

Podemos tomar su acuerdo verbal para utilizar y revelar su PHI a otras personas. Esto incluye familiares, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted identifique. Usted puede objetar el uso o revelación de su PHI en el momento de la solicitud. Usted puede darnos su consentimiento verbal u objeción por adelantado. Puede dárnoslo también en el momento del uso o revelación. Limitaremos el uso o revelación de su PHI en estos casos. Limitamos la información a lo que es directamente relevante para aquella persona involucrada en su tratamiento o pago de atención médica.

Podemos tomar su consentimiento u objeción verbal para utilizar o revelar su PHI en una situación de desastre. Podemos dársela a una entidad autorizada de alivio de desastres. Limitaremos el uso o revelación de su PHI en estos casos. Estará limitado al aviso a un familiar, representante personal u otra persona responsable por el cuidado de su lugar y su condición general. Usted puede darnos su consentimiento verbal u objeción por adelantado. Puede dárnoslo también en el momento de uso o revelación de su PHI.

Usos y revelaciones de su PHI que requieren de su autorización por escrito

Tenemos la obligación de obtener su autorización por escrito para utilizar o revelar su PHI, con algunas excepciones, debido a las siguientes razones:

Venta de PHI. Solicitaremos su aprobación por escrito antes de cualquier revelación que sea considerada como venta de su PHI. Una venta de su PHI significa que estamos recibiendo pago por la revelación de PHI en esta manera.

Marketing. Solicitaremos su aprobación por escrito para utilizar o revelar su PHI para propósitos de marketing con excepciones limitadas. Por ejemplo, cuando tengamos comunicaciones de marketing con usted en persona. O, si hacemos regalos promocionales de valor nominal.

Notas psicoterapéuticas. Solicitaremos su aprobación por escrito para utilizar o revelar cualquiera de sus notas psicoterapéuticas que podamos tener archivadas con excepciones limitadas. Por ejemplo, para ciertas funciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Todo otro uso y revelación de su PHI no descrito en este Aviso será realizado solo con su consentimiento por escrito. Usted puede retractar su consentimiento en cualquier momento. La solicitud para retractar su consentimiento debe ser por escrito. Su solicitud para retractar su consentimiento entrará en vigencia al momento de presentarla. Existen dos casos en los cuales no entrará en vigencia al momento de solicitarlo. El primer caso es cuando ya hemos llevado a cabo una acción basada en una aprobación del pasado. La segunda es antes que hayamos recibido su solicitud por escrito para detenerlo.

Sus derechos

Los siguientes son sus derechos concernientes a su PHI. Si desea utilizar cualquiera de los derechos a continuación, sírvase a comunicarse con nosotros. Nuestra información de contacto se encuentra al final de este Aviso.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y revelación de su PHI debido a tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted puede además solicitar revelaciones a personas involucradas en su atención médica o el pago de la misma. Esto incluye familiares o amigos cercanos. Su solicitud debería señalar las restricciones que usted está pidiendo. Debería además indicar a quién aplican las restricciones. No estamos obligados a consentir con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción. No cumpliremos si la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o revelación de PHI debido a pagos u operaciones de atención médica a un plan de salud si usted ha pagado por el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI en otras localidades u otras maneras. Este derecho solo aplica si la información pudiera ponerle en peligro si no es comunicado de otra manera u otra localidad. Usted no tiene que explicar la razón de su solicitud. Sin embargo, usted debe señalar que la información podría ponerle en peligro si el cambio no es realizado. Debemos trabajar con su solicitud si es razonable y señala la otra manera o ubicación donde su PHI debería ser entregado.

Derecho al acceso y recepción de copias de su PHI. Usted tiene derecho, con limitadas excepciones, a ver o recibir copias de su PHI contenido en un conjunto de archivos

designado. Puede solicitarnos que le entreguemos copias en un formato que no sea fotocopias. Utilizaremos el formato que nos solicita a menos que no nos sea práctico. Debe solicitar el acceso a su PHI por escrito. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Le informaremos si las razones de denegación pueden ser revisadas. Le indicaremos además cómo solicitar una revisión o si la denegación no puede ser revisada.

Derecho a cambiar su PHI. Usted tiene derecho a solicitar que cambiemos su PHI si cree que contiene información equivocada. Debe solicitarlo por escrito. Debe explicar por qué la información debería ser cambiada. Podemos denegar su solicitud debido a ciertas razones. Por ejemplo, si no creamos la información que usted desea cambiar y el creador del PHI puede realizar el cambio. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede contestar con una afirmación indicando que no está de acuerdo con nuestra decisión. Adjuntaremos su afirmación al PHI que nos pide que cambiemos. Si aceptamos su solicitud para cambiar la información, llevaremos a cabo esfuerzos razonables para dar aviso a otros sobre el cambio. Esto incluye personas a quien usted nombre. Haremos además el esfuerzo de incluir los cambios en cualquier futura revelación de aquella información.

Derecho a recibir un recuento de revelaciones. Usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en las que nosotros o nuestros asociados empresariales hayamos revelado su PHI dentro de un período en los últimos 6 años. Esto no aplica a revelaciones con propósitos de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o revelaciones que usted haya autorizado y algunas otras actividades específicas. Si usted lo solicita más de una vez dentro de un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le daremos mayor información sobre estas tarifas al momento de su solicitud.

Derecho a presentar una queja. Si usted estima que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos violado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos una queja. También puede hacerlo por teléfono. Utilice la información de contacto al final de este Aviso. Puede además enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS, siglas en inglés). Encuentre la información de contacto en el sitio Web de HHS visitando www.hhs.gov/ocr. Si usted lo solicita, le proporcionaremos la dirección para enviar una queja por escrito a HHS.

NO TOMAREMOS NINGUNA ACCIÓN EN SU CONTRA POR ENVIAR UNA QUEJA.

Derecho a recibir una copia de este Aviso. Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento llamando a Servicios para Afiliados. Utilice la información de

contacto que aparece al final de este aviso. Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo, puede solicitar una copia de este aviso por escrito.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas a su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede ponerse en contacto con nosotros por correo. También puede comunicarse con nosotros por teléfono. Utilice la información de contacto a continuación.

Absolute Total Care
Attn: Privacy Official
1441 Main Street
Suite 900
Columbia, SC 29201

También puede llamar a Absolute Total Care al número que aparece al pie de la página.

E. Debemos darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted

Como afiliado de Absolute Total Care, usted tiene derecho a pedirnos información. Si no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de intérpretes para responder a cualquier pregunta que usted pudiera tener sobre nuestro plan de salud. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número al pie de la página. Este servicio es gratuito. También tenemos materiales impresos disponibles en español. También le podemos dar información sin costo en letras grandes, braille o audio.

Si desea saber sobre cualquiera de lo siguiente, llame a Servicios para Afiliados:

- **Información sobre cómo elegir o cambiar de planes**
- **Información sobre nuestro plan, incluyendo:**
  - » Información financiera
  - » Cómo ha sido calificado el plan por los afiliados del plan
  - » Cuántas apelaciones han hecho los afiliados
  - » Cómo retirarse del plan

- **Información sobre nuestros proveedores de la red y las farmacias de nuestra red, incluyendo:**
  - » Cómo elegir o cambiar sus proveedores de cuidados primarios
  - » Cuáles son las certificaciones de nuestros proveedores y farmacias de nuestra red
  - » Cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red

  ➔ Para ver una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, lea el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, llame a Servicios para Afiliados o vaya a nuestro sitio web anotado al pie de la página.
- **Información sobre servicios y medicamentos cubiertos y sobre las reglas que usted debe seguir, incluyendo:**
  - » Los servicios y medicamentos cubiertos por el plan
  - » Los límites de su cobertura y de sus medicamentos
  - » Las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- **Información sobre por qué un medicamento o servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto, incluyendo:**
  - » Pedirnos que expliquemos por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto
  - » Pedirnos que cambiemos una decisión que hayamos tomado
  - » Pedirnos que paguemos una factura que usted recibió

Como afiliado de Absolute Total Care, usted tiene derecho a recibir información oportuna sobre cualquier cambio al plan. Esto incluye recibir una vez al año información impresa anotada en sus materiales de información y avisos de cualquier cambio importante a sus materiales de orientación, 30 días antes de que sucedan esos cambios.

F. Los proveedores de la red no pueden cobrarle directamente

Usted tiene derechos financieros. Los médicos, hospitales y otros proveedores no pueden hacer que usted pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si les pagamos menos de lo que nos cobraron. Para saber qué hacer si un proveedor trata de cobrarle por servicios cubiertos, lea el Capítulo 7, Sección B, página 138.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Usted tiene derecho de protección por tener que pagar cualquier cuota por la que Absolute Total Care sea responsable.

Usted tiene derecho a que no le cobren ningún costo compartido (copagos y deducibles) por los servicios de Medicare Parte A y B.

G. Usted tiene derecho a retirarse del plan en cualquier momento

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea. Usted puede retirarse del plan en cualquier momento. Si se retira de nuestro plan, usted continuará participando en los programas de Medicare y Healthy Connections Medicaid siempre y cuando sea elegible. Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus beneficios de Medicare a través de: Medicare original o un plan de Medicare Advantage. Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de Medicare Parte D de un plan de medicamentos de receta o de un plan de Medicare Advantage. Si usted deja el plan, usted recibirá sus beneficios de Healthy Connections Medicaid de la manera en que lo hacía antes de unirse. Estos se ofrecerán a través de Healthy Connections Medicaid con cuota por servicio.

H. Usted tiene derecho a decidir sobre su cuidado de salud

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud cuando reciba servicios. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

- **Conozca su estado de salud**. Usted tiene derecho a recibir información completa y exacta sobre su estado de salud.
- **Conozca sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento.
- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen sobre los riesgos que tienen sus servicios o tratamientos. Se le debe avisar por anticipado si cualquiera de sus servicios o tratamientos son parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Pida una segunda opinión.** Usted tiene derecho a ver a otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.

- **Puede decir que "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra institución médica, incluso si su doctor le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo quitarán del plan. No obstante, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le ocurra.
- **Puede pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó el cuidado.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le negó un cuidado que usted cree que debería recibir.
- **Puede pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que normalmente no está cubierto.** Esto se llama "decisión de cobertura". El Capítulo 9, Sección 5.2, página 176 dice cómo pedir una decisión de cobertura del plan.
- **Se le debe alentar a involucrar a las personas que le cuidan y afiliados de su familia en las discusiones y decisiones de tratamiento.**
- **Se le debe decir, por escrito, si a usted se le transfiere a otra ubicación de tratamiento y el motivo de la transferencia.**

Usted tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de salud por sí mismas. Antes de que esto suceda, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **darle a otra persona derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud en su nombre**.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que administren su cuidado de salud si usted no puede tomar decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se llama *directiva anticipada.* Hay diferentes tipos de directivas anticipadas, que tienen diferentes nombres. Algunos ejemplos son un *testamento en vida* y un *poder legal para cuidados de salud*.

Usted no tiene que usar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, su coordinador de cuidados, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Es posible que las organizaciones que informan a la gente sobre Medicare o Healthy

Connections Medicaid, como I-CARE (Programa de seguro de salud de South Carolina (SHIP), también podrían tener formularios de directivas anticipadas.

- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que le ayude a llenarlo.
- **Dele copias a las personas que tienen que saber sobre el formulario.** Usted debería darle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. Es posible que también quiera darles copias a sus amigos cercanos o a afiliados de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su casa.

Si le van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de directiva anticipada, en el hospital tienen formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde: llenar una directiva anticipada es una decisión suya.

Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja llamando a su coordinador de cuidados o al Defensor primario de Healthy Connections.

I. Usted tiene derecho a opinar sobre las operaciones del plan

Si usted tiene alguna opinión sobre las operaciones del plan, llame a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página para avisarnos.

J. Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos

El Capítulo 9, Sección 3, página 170 dice qué puede hacer si usted tiene problemas o inquietudes sobre su cuidado o servicios cubiertos. Por ejemplo, usted podría pedirnos tomar una decisión sobre cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión sobre cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros afiliados hayan presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Afiliados.

Qué hacer si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si cree que le trataron injustamente y *no* se trata de discriminación por las razones indicadas en la página 145 puede obtener ayuda de las siguientes maneras:

- Puede **llamar a Servicios para Afiliados**.
- Usted puede **llamar a I-CARE, el Programa de asistencia de seguros de salud del estado (SHIP)**. Para conocer los detalles acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2, Sección D, página 24.
- Usted puede **llamar al Defensor primario de Healthy Connections.** Para conocer los detalles acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2, Sección H, página 29.
- Usted puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, siete días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Usted puede **llamar a Healthy Connections Medicaid** al 1-888-549-0820, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-888-842-3620.

Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Afiliados**.
- Usted puede **llamar a I-CARE, el Programa de asistencia de seguros de salud del estado (SHIP)**. Para conocer los detalles acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2, Sección D, página 24.
- Usted puede **llamar al Defensor primario de Healthy Connections.** Para conocer los detalles acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2, Sección H, página 29.
- Puede **comunicarse con Medicare**.
  - » Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o bajar el documento ″Sus Derechos y Protecciones en Medicare″. (Vaya a http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11534.pdf.)

» O usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Usted puede **llamar a Healthy Connections Medicaid** al 1-888-549-0820, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-888-842-3620.

K. Usted también tiene responsabilidades como afiliado del plan

Como afiliado del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados.

- **Lea el *Manual del afiliado* para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos.**

  » Para obtener detalles sobre sus servicios cubiertos, lea el Capítulo 3, Sección B, página 32 y Capítulo 4, Sección D, página 55. En estos capítulos se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué pagará usted.

  » Para obtener detalles sobre sus medicamentos cubiertos, lea el Capítulo 5, Introducción, página 110 y el Capítulo 6, Sección C, página 130.

- **Participe en una exploración inicial de salud al inscribirse en el plan.** Para obtener más información, lea el Capítulo 1, Sección F, página 8, o llame a Servicios para Afiliados.
- **Participe en una evaluación completa durante los primeros 60 o 90 días de su inscripción.** Para obtener más información, lea el Capítulo 1, Sección F, página 8, o llame a Servicios para Afiliados.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de receta que usted tenga.** Estamos obligados a asegurarnos de que use todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidados de salud. Llame a Servicios para Afiliados si usted tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su Tarjeta de identificación de afiliado cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a darle el mejor cuidado.**

» Deles la información completa y exacta que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores hayan acordado.

» Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que usted esté tomando. Esto incluye medicamentos de receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

» Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deberán explicarle todo de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.

- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted se comporte de manera respetuosa en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que deba.** Como afiliado del plan, usted es responsable de pagar:

  » Las primas de Medicare Parte A y Parte B. Para casi todos los afiliados de Absolute Total Care, Healthy Connections Medicaid pagará la prima de su Parte A y la prima de su Parte B.

  » Usted tendrá que pagar su parte del costo de algunos de sus servicios a largo plazo y respaldos o medicamentos cubiertos por el plan, usted deberá pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija). En el Capítulo 4, Sección E, página 100 dice lo que deberá pagar usted por servicios a largo plazo y respaldos. El Capítulo 6, Sección C, página 130 dice lo que deberá pagar por sus medicamentos.

  » Si usted recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total.

  ➔ Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Lea el Capítulo 9, Sección 4, página 171 para saber cómo presentar una apelación.

- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Servicios para Afiliados.

  » **Si se muda *fuera del área* de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo afiliado de nuestro plan.** El Capítulo 1, Sección D, página 6 le informa sobre cuál es nuestra área de servicio. Le ayudaremos a determinar si usted se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Podemos avisarle si tenemos un plan en su nueva área. Tampoco se olvide de avisarle a Medicare y Healthy Connections

Medicaid su nueva dirección. Lea el Capítulo 2, Sección F, página 26 y Sección G, página 28 y allí encontrará los números de teléfono de Medicare y Healthy Connections Medicaid.

» **Si usted se muda *pero permanece dentro de* nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su expediente actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.

- **Pague las cantidades de recuperación de patrimonio después de su muerte**

  » La recuperación de patrimonio es la cantidad que ciertos afiliados deben a Healthy Connections Medicaid después de su muerte.

  » Usted no deberá al plan ninguna cantidad de dinero, pero usted podría deber a Healthy Connections Medicaid por ciertos servicios que usted recibió antes de unirse a nuestro plan.

  » No se permite al plan cobrar recuperación de patrimonio después de su muerte, pero le avisaremos a Healthy Connections Medicaid de su muerte.

  » Si al morir usted debe dinero a Healthy Connections Medicaid, el estado podría cobrar recuperación de patrimonio, del dinero o bienes que usted deje al morir.

- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios para Afiliados.**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué hay en este capítulo?

En este capítulo hay información sobre sus derechos. Léalo para saber qué hacer, si:

- Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Usted necesita un servicio, suministro o medicamento y su plan ha dicho que no lo pagará.
- Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado.
- Usted cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar con facilidad la información que está buscando.

Si usted está teniendo un problema con su salud o con sus servicios a largo plazo y respaldos

Usted debería recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios a largo plazo y respaldos que su doctor y otros proveedores consideren necesarios como parte del plan de cuidado de su salud. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede pedir ayuda al defensor de Healthy Connections Prime, llamando al 1-844-477-4632.** Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Esta llamada es gratuita. Este capítulo explica las opciones diferentes que usted tiene para distintos problemas y quejas. Sin embargo, siempre que lo necesite, usted podrá llamar al defensor de Healthy Connections Prime y solicitar orientación mientras se resuelve su problema.

Contenido

¿Qué hay en este capítulo? ... 164

Si usted está teniendo un problema con su salud o con sus servicios a largo plazo y respaldos ... 164

Sección 1: Introducción ... 167

Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema ... 167

Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales? ... 167

Sección 2: Adónde llamar para pedir ayuda ... 168

Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda ... 168

Sección 3: Problemas con sus beneficios ... 170

Sección 3.1: ¿Usted debería usar el proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones? O ¿desea presentar una queja? ... 170

Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones ... 171

Sección 4.1: Resumen de decisiones sobre cobertura y apelaciones ... 171

Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura y apelaciones ... 171

Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle? ... 172

Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D) ... 174

Sección 5.1: Cuándo usar esta sección ... 174

Sección 5.2: Como pedir una decisión sobre cobertura ... 176

Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D) ... 179

Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de la Parte D) ... 183

Sección 5.5: Problemas de pagos ... 188

Sección 6: Medicamentos de la Parte D ... 190

Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D ... 190

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? ... 192
Sección 6.3: Qué debe saber cuándo pide una excepción ... 193
Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción ... 195
Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para Medicamentos de la Parte D ... 199
Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D ... 202
Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital ... 204
Sección 7.1: Para saber sobre sus derechos de Medicare ... 204
Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital ... 205
Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital ... 209
Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar? ... 210
Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto ... 212
Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura ... 212
Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado ... 213
Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado ... 216
Sección 8.4: ¿Y si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1? ... 217
Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 ... 220
Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare ... 220
Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid ... 220
Sección 10: Cómo presentar una queja ... 222
Sección 10.1: Quejas internas ... 224
Sección 10.2: Quejas externas ... 225

Sección 1: Introducción

Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo explica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Healthy Connections Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales?

Algunas de las reglas y fechas límite en este capítulo tienen términos legales difíciles. Algunos de esos términos pueden ser difíciles de entender, así que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Además, usamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión sobre cobertura” en lugar de “Determinación de la organización” o “Determinación sobre cobertura”
- “Decisión rápida sobre cobertura” en lugar de “Determinación acelerada”

Conocer los términos legales adecuados podría ayudarle a comunicarse con más claridad; por eso, también proporcionamos esos términos legales.

Sección 2: Adónde llamar para pedir ayuda

Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda

En ocasiones, puede ser confuso comenzar o continuar el proceso para solucionar un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se siente bien o no tiene energía. Otras veces, es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

Usted puede obtener ayuda del defensor de Healthy Connections Prime

Si usted necesita ayuda, puede llamar al defensor de Healthy Connections Prime. El defensor de Healthy Connections Prime responderá sus preguntas y le ayudará a comprender qué hacer para resolver su problema. El defensor de Healthy Connections Prime no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de seguro de salud. El defensor de Healthy Connections Prime podrá ayudarle a comprender qué proceso usar. El teléfono del defensor de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada y los servicios son gratuitos.

Usted puede obtener ayuda del Programa de asistencia con los seguros de salud del estado (SHIP)

Usted también puede llamar al Programa de asistencia con los seguros de salud del estado (SHIP). Los consejeros de SHIP podrán responder a sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer para solucionar su problema. El programa SHIP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de cuidado de la salud. En South Carolina, el programa SHIP se conoce como I-CARE, que significa Asistencia de consejería sobre seguros y referencias para personas de la tercera edad. El teléfono de I-CARE es 1-800-868-9095. Esta llamada y los servicios son gratuitos.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Usted puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda si tiene problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov).

Cómo obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid

Usted puede llamar directamente a Healthy Connections Medicaid para solicitar ayuda con sus problemas. Éstas son algunas maneras de obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid.

- Llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820, de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm. TTY 1-888-842-3620. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Healthy Connections Medicaid (www.scdhhs.gov).

Cómo obtener ayuda de otros recursos

Usted puede obtener ayuda de otros recursos como:

- Protección y defensa para personas con discapacidades (P&A). Llame sin costo al 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525.
- Servicios legales de South Carolina. Llame sin costo al 1-888-346-5592.
- Organización de mejoramiento de la calidad (QIO) – KEPRO. Llame sin costo al 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776). Número de fax 1-844-834-7129. Para mayor información, vea el Capítulo 2, Sección E, página 25.

Sección 3: Problemas con sus beneficios

Sección 3.1: ¿Usted debería usar el proceso para decisiones sobre cobertura y apelaciones? O ¿desea presentar una queja?

Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. En el siguiente cuadro podrá encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas relacionados sobre si su cuidado médico particular o medicamentos de receta están o no cubiertos y problemas relacionados con los pagos por cuidados médicos o medicamentos de receta).

Sí.	**No.**
Mi problema es sobre beneficios o cobertura.	Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.
Vaya a la **Sección 4, "Decisiones sobre cobertura y apelaciones**", en la página 171.	Vaya a la **Sección 10**: **"Cómo presentar una queja"**, en la página 222.

Sección 4: Decisiones sobre cobertura y apelaciones

Sección 4.1: Resumen de decisiones sobre cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones sobre cobertura y presentar apelaciones se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con los pagos.

¿Qué es una decisión sobre cobertura?

Una *decisión sobre cobertura* es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Nosotros estaremos tomando una decisión sobre cobertura cada vez que decidamos qué cubriremos por usted y cuánto pagaremos.

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid, cualquiera de ustedes puede pedir una decisión sobre cobertura antes que el médico proporcione el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos, si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, nosotros podríamos decidir que un servicio o medicamento que usted quiere no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid. Si usted o su doctor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura y apelaciones

¿A quién puedo llamar para obtener ayuda con las decisiones sobre cobertura o para presentar una apelación?

Usted podrá pedirle ayuda a cualquiera de los siguientes:

- Llame a **Servicios para Afiliados** al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

- Llame al **defensor de Healthy Connections Prime** para pedir ayuda gratuita. Ellos le proporcionan ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime que tienen problemas de servicios o de facturación. El número de teléfono es: 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame al **Programa de asistencia con los seguros de salud del estado (SHIP), conocido como I-CARE en South Carolina** para pedir ayuda gratuita. El programa SHIP es una organización independiente. No está vinculado con este plan. El teléfono es 1-800-868-9095.
- Hable con **su médico o con otro proveedor**. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión sobre cobertura o presentar una apelación en su nombre y actuar como su representante.
- Hable con un **amigo o miembro de su familia** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para pedir una decisión sobre cobertura o para apelar.
  - » Si usted desea que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante llame a Servicios para Afiliados y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. También podrá obtener este formulario en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en http://mmp.absolutetotalcare.com. Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Usted deberá darnos una copia del formulario firmado.
- **Usted también tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado de la asociación local de abogados u otro servicio de referencias. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos, si usted es elegible. Si quiere que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un representante.

  Sin embargo, **usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión sobre cobertura ni para apelar.

Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones sobre cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Hemos dividido este capítulo en

diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que deberá seguir. **Usted sólo necesitará leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación**:

- **La Sección 5, en la página 174**, le da información si tiene problemas sobre los servicios, artículos y algunos medicamentos (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
  - » No está recibiendo un servicio que usted quiere y cree que nuestro plan lo cubre.
  - » No aprobamos algún servicio, artículo o medicamento que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto.
    - **NOTA:** Use la Sección 5, solamente si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un símbolo DP **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección 6, en la página 190, para presentar apelaciones para medicamentos de la Parte D.
  - » Usted recibió cuidado médico o servicios que usted cree deberían estar cubiertos, pero nosotros no hemos pagado por este cuidado.
  - » Usted recibió y pagó por servicios médicos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
  - » Le dijeron que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), usted deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Lea las Secciones 7 y 8, en las páginas 204 y 212.
- **La Sección 6, en la página 190,** le ofrece información sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
  - » Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
  - » Quiere pedirnos que cancelemos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
  - » Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.

» No aprobamos su pedido o excepción y usted o su médico u otro proveedor creen que deberíamos haberlo aprobado.

» Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. (Esto quiere decir, pedirnos una decisión sobre cobertura de un pago.)

- **La Sección 7, en la página 204,** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en un hospital como paciente interno, si usted cree que su doctor le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si:

  » Usted está en el hospital y cree que su doctor ha pedido que usted reciba el alta del hospital demasiado pronto.

- **La Sección 8, en la página 212,** le da información si usted cree que su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o los servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto.

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D)

Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que tiene que hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección para solucionar problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un símbolo DP **no** están cubiertos por la Parte D. Utilice la Sección 6 para Apelaciones por medicamentos de la Parte D.

En esta sección dice qué puede hacer si usted está en una de las cinco situaciones siguientes:

1. **Cree que cubrimos servicios médicos, servicios de salud del comportamiento o servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) que necesita, pero no lo está recibiendo.**

   Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre cobertura. Vaya a la Sección 5.2, en la página 176, para leer la información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

2. **No aprobamos el cuidado que su médico quiere darle y usted cree que deberíamos hacerlo.**

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión sobre no aprobar el cuidado. Vaya a la Sección 5.3, en la página 179, para obtener información sobre cómo apelar.

3. **Usted recibió servicios o artículos que usted creía que cubríamos, pero no pagaremos por ellos.**

   Qué puede hacer: Usted podrá apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección 5.3, en la página 179, para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

4. **Usted recibió y pagó por servicios o artículos que usted creía que estaban cubiertos y ahora desea que le devolvamos lo que usted pagó por dichos servicios o artículos.**

   Qué puede hacer: Usted puede pedir que le devolvamos lo que usted pagó. Vaya a la Sección 5.5, en la página 188, para obtener información sobre cómo pedirnos la devolución de su pago.

5. **Redujimos o suspendimos la cobertura por cierto servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.**

   Qué puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el servicio. Vaya a la Sección 5.3, en la página 179, para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

   NOTA: Si la cobertura que será suspendida es por cuidado en un hospital, cuidado de salud en su hogar, en una institución de enfermería especializada o en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) corresponden reglas especiales. Lea las Secciones 7 u 8, en las páginas 204 y 212, para obtener más información.

Sección 5.2: Como pedir una decisión sobre cobertura

Cómo pedir una decisión sobre cobertura para obtener servicios médicos, servicios de la salud del comportamiento o servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

Para pedir una decisión sobre cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante o a su médico que nos pidan tomar una decisión.

- Puede llamarnos al: 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- Puede enviarnos un fax al: 1-866-719-5435
- Puede escribirnos a:

  Absolute Total Care

  1441 Main Street, Suite 900

  Columbia, SC 29201

¿Cuánto tiempo tarda una decisión de cobertura?

Generalmente toma hasta 14 días calendario después de pedirla. Si no le informamos sobre nuestra decisión a más tardar en 14 días calendario, puede apelar.

➔ A veces necesitaremos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que tardaremos 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo.

¿Puedo obtener una decisión sobre cobertura más rápida?

Sí. Si debido a su salud necesita una respuesta más rápida, pídanos que tomemos una "decisión sobre cobertura rápida". Si aprobamos su pedido, le avisaremos sobre nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

Sin embargo, a veces necesitaremos más tiempo y, si eso ocurre, le enviaremos una carta para avisarle que tardaremos 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo.

> ***El término legal** para "decisión sobre cobertura rápida" es **"determinación acelerada."***

Cómo pedir una decisión sobre cobertura rápida:

- Si usted nos pide una decisión sobre cobertura rápida, llámenos o comuníquese por fax con nuestro plan para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
- Puede llamarnos al 1-855-735-4398 (TTY: 711) o enviarnos un fax al 1-844-273-2671. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil Para saber cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección A, página 17.
- También puede pedirle a su proveedor o representante que nos llame.

Estas son las reglas para pedir una decisión sobre cobertura rápida:

Para obtener una decisión sobre cobertura rápida, usted debe cumplir estos dos requisitos:

1. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida *solamente si* está pidiendo algún cuidado o artículo *que aún no ha recibido*. (Usted no podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con un pago por cuidados médicos o artículos que ya recibió.)
2. Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida *solamente* si el tiempo estándar de 14 días calendario podría *causar daños serios a su salud o afectar su habilidad para desempeñarse.*

   ➔ **Si su médico determina que necesita una decisión sobre cobertura rápida, se la daremos automáticamente.**

   ➔ Si nos pide una decisión sobre cobertura rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión sobre cobertura rápida.

   - Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos la fecha límite estándar de 14 días calendario.
   - Esta carta le dirá que, si su doctor nos pide que tomemos la decisión sobre cobertura rápida, lo haremos automáticamente.
   - La carta le dirá también cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión sobre cobertura estándar en lugar de la decisión sobre una cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10, en la página 222.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Si la decisión sobre cobertura es *Sí* ¿cuándo recibiré el servicio?

El servicio o artículo será aprobado (preautorizado) para usted a más tardar en 14 días calendario (para una decisión sobre cobertura estándar) o en 72 horas (para una decisión sobre cobertura rápida) a partir del momento de su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión sobre cobertura, aprobaremos la cobertura al final de ese período adicional.

Si la decisión sobre cobertura es *No*, ¿cuándo lo sabré?

Si la respuesta es ***No*,** en la carta que le enviemos le explicaremos nuestros motivos para responder que ***No*.**

- Si decimos ***No*,** usted tiene derecho a apelar para pedirnos que cambiemos esta decisión. Apelar significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si usted decide apelar la decisión sobre cobertura, eso significa que estará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones (Para más información, lea la sección siguiente).

Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y la cambiemos si usted cree que hemos cometido un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. En todos los casos, usted deberá iniciar su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, usted puede llamar al defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 (TTY los usuarios de TTY deben llamar al 711). El defensor de Healthy Connections Prime no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con el plan de salud.

¿Qué es una Apelación de nivel 1?

Una Apelación de nivel 1 es la primera apelación presentada ante nuestro plan. Nosotros revisaremos nuestra decisión sobre cobertura para ver si es correcta. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión sobre cobertura inicial. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le avisamos que el servicio no será cubierto, su caso podrá ir a la Apelación de nivel 2.

***En resumen:* Cómo presentar una Apelación de nivel 1**

Usted, su médico o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para apelar.

- Pida **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
- Si usted apela porque le dijimos que un servicio que usted recibe actualmente será cambiado o suspendido, **usted tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso.

➔ Siga leyendo esta sección para saber qué fechas límite se aplican a su apelación.

Cómo presento una Apelación de nivel 1?

- Para comenzar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante deberán comunicarse con nosotros. También puede llamarnos al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

dentro del siguiente día hábil. Para saber más sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, lea el Capítulo 2*,* Sección A, página 17.

- Usted podrá presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si usted está pidiendo una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
  - » Puede enviar un pedido a la siguiente dirección:

    Absolute Total Care
    Attn: Appeals and Grievances -- Medicare Operations
    7700 Forsyth Blvd
    St. Louis, MO 63105

  - » Usted también podrá apelar llamándonos al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

> ***El término legal** para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”.***

¿Alguien más puede presentar la apelación en nombre mío?

Sí. Su médico u otro proveedor podrán solicitar la apelación en su nombre. También podrá hacerlo otra persona que no sea su médico u otro proveedor, pero primero usted deberá completar un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario autorizará a la otra persona a actuar en su nombre.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, pídalo llamando a Servicios para Afiliados o visite el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestro sitio web en http://mmp.absolutetotalcare.com.

➔ Si la apelación es hecha por otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario completo de Nombramiento de un representante antes de poder revisar su pedido.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Usted deberá presentar una apelación **a más tardar en 60 días calendario** después de la fecha de la carta que le enviemos para darle nuestra decisión sobre cobertura.

Si usted deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave o no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación.

➔ **NOTA:** Si usted apela porque le dijimos que un servicio que usted recibe actualmente será cambiado o suspendido, **usted tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso. Para más información lea "*Mis beneficios continuarán durante una Apelación de nivel 1*" en la página 183.

¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Pídanos una copia llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

¿Mi médico puede darles más información para respaldar mi apelación?

Sí. Tanto usted como su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Nosotros analizaremos con atención toda la información sobre su pedido de cobertura de cuidados médicos. Luego revisaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que *no* a su pedido. La persona que hará la revisión no será la misma que tomó la decisión original sobre cobertura.

Si necesitamos más información, podríamos pedírsela a usted o a su proveedor.

¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en la apelación "estándar"?

Le debemos dar nuestra respuesta a más tardar en 15 días calendario después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto, si su enfermedad nos lo exige.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

- Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una "queja rápida" relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección 10, en la página 222.
- Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 15 días calendario o al final de los días adicionales (si los tomamos), su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Healthy Connections Medicaid, usted mismo podrá presentar una Apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vea la Sección 5.4, en la página 183.

➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de 15 días calendario después de recibir su apelación.

➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Healthy Connections Medicaid, le diremos en la carta cómo podrá presentar una Apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página 183.

¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en una apelación "rápida"?

Si usted presenta una apelación rápida, le daremos su respuesta dentro de 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud lo exige.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.
- Si piensa que no debemos tomar días adicionales, usted podrá presentar una "queja rápida" relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, responderemos a su queja dentro de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página 222.

- Si no respondemos a su apelación dentro de 72 horas o al terminar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare. Le notificarán cuando esto ocurra. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Healthy Connections Medicaid, usted mismo podrá presentar una Apelación de nivel 2. Para saber más sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página 183.

➔ **Si le respondemos *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de 72 horas después recibir su apelación.

➔ **Si le respondemos *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Medicare, en la carta le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para pedir una Apelación de nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o artículo cubierto por Healthy Connections Medicaid, en la carta le diremos cómo podrá presentar una Apelación de nivel 2. Para saber más sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página 183.

¿Mis beneficios continuarán durante las apelaciones de Nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue aprobado anteriormente, le enviaremos un aviso por lo menos 10 días antes de tomar la medida. Si no está de acuerdo con la medida, usted puede presentar una Apelación de nivel 1 y pedir que continuemos el beneficio mientras la apelación está pendiente. Usted **debe hacer el pedido en lo último que suceda o, antes de**, para que continúen sus beneficios:

- A más tardar 10 días de la fecha del envío postal de nuestro aviso de la medida, ***o***
- La fecha efectiva para la medida

Si cumple con esta fecha límite, usted podrá seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación.

Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de la Parte D)

Si el plan dice que *No* en el Nivel 1, ¿qué sucederá?

Si nuestra decisión es ***No*** para todo o parte de su apelación en el Nivel 1, le enviaremos una carta en la que se le dirá si el servicio o artículo está cubierto normalmente por Medicare y/o Healthy Connections Medicaid.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicare**, usted recibirá automáticamente una Apelación de nivel 2 con la Entidad de revisión independiente (IRE), tan pronto como termine la Apelación de nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Healthy Connections Medicaid**, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2 ante la División de apelaciones y audiencias. En la carta se le dirá cómo hacerlo. La información también aparece más adelante.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría ser **cubierto por Medicare y Healthy Connections Medicaid**, usted recibirá automáticamente una Apelación de nivel 2 con la IRE, para una revisión de la cobertura de Medicare. Usted también puede pedir una Apelación de nivel 2 ante la División de apelaciones y audiencias para una revisión de la cobertura de Healthy Connections Medicaid.

¿Qué es una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 es la segunda apelación hecha por una organización independiente que no está relacionada con el plan. Puede ser una Entidad de revisión independiente (IRE) o la División de apelaciones y audiencias.

Mi problema es sobre un servicio de Healthy Connections Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 por servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid se llama *Audiencia imparcial del estado*.

Si quiere pedir una Audiencia imparcial del estado, deberá escribir a la División de apelaciones y audiencias. Usted debe pedir la Audiencia imparcial del estado **a más tardar en 30 días calendario** de la fecha de nuestra decisión de Nivel 1, a menos que la División de apelaciones y audiencias extienda la fecha límite para usted.

Usted puede pedir una Audiencia imparcial del estado escribiendo a:

Division of Appeals and Hearings
South Carolina Department of Health and Human Services
P.O. Box 8206
Columbia, SC 29202-8206

También puede entregar su pedido en persona, enviarlo por fax al 803-255-8206 o presentar su pedido por internet en https://msp.scdhhs.gov/appeals.

Si se otorga la audiencia, la División de apelaciones y audiencias le enviará por correo un aviso dándole fecha, hora y lugar para la audiencia. Durante la audiencia, un funcionario de

audiencias imparciales escuchará su explicación de por qué no está de acuerdo con nuestra medida. El funcionario de audiencias también escuchará nuestra explicación de la medida tomada. El funcionario de audiencias hará preguntas para recoger información suficiente para decidir si su caso fue manejado correctamente.

- La División de apelaciones y audiencias debe darle una decisión de audiencia a más tardar en 90 días calendario de la fecha en que presentó una audiencia ante el plan
- Si usted es elegible para una revisión rápida, la División de apelaciones y audiencias le dará una decisión de audiencia a más tardar en 72 horas.
  - » No obstante, si la División de apelaciones y audiencias necesita recoger más información que pueda beneficiarle a usted, podría tomar hasta 14 días calendario más. Si la División de apelaciones y audiencias necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisarán por correo.

Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué pasará en la Apelación de nivel 2?

Una Entidad de revisión independiente (IRE) revisará con cuidado la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe ser cambiada.

- Usted no necesitará solicitar la Apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier negativa a la IRE. A usted se le notificará cuando esto ocurra.
- La IRE está contratada por Medicare y no está conectada con este plan de salud.
- Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

- LA IRE debe dar una respuesta a su Apelación de nivel 2 a más tardar en 30 días calendario después de recibir su apelación. Esta regla corresponde si envió su apelación antes de obtener servicios médicos o artículos.
  - » Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda ayudarle a usted, puede tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisarán por carta.
- Si usted tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.

» Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisarán por carta.

¿Y si mi servicio o artículo está cubierto por Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos?

Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos, enviaremos automáticamente su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente para una revisión con respecto a la cobertura de Medicare. Usted también puede enviar una Apelación de nivel 2 ante la División de apelaciones y audiencias para que la revisen con respecto a la cobertura de Medicaid. Siga las instrucciones de la página 183.

¿Mis beneficios continuarán durante las apelaciones de Nivel 2?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue aprobado anteriormente, en algunos casos, usted podrá pedir una continuación de sus beneficios durante la Apelación de nivel 2.

- Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare, su beneficio por ese servicio **no** continuará durante la Apelación de nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio cubierto por Healthy Connections Medicaid (incluyendo un servicio cubierto por Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos), usted puede pedir que sus beneficios por ese servicio continúen durante la Apelación de nivel 2 ante la División de apelaciones y audiencias. Usted debe hacer el pedido en lo último que suceda o, antes de, para que continúen sus beneficios:
  - » A más tardar en 10 días de la fecha de la decisión de la Apelación de nivel 1 del plan, o
  - » La fecha efectiva para la medida

Si cumple con esta fecha límite, usted podrá seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación.

¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su Apelación de nivel 2 fue ante la División de apelaciones y audiencias, ellos le enviarán una carta explicándole su decisión.

➔ Si la División de apelaciones y audiencias responde que ***Sí*** a todo o parte de lo que usted pidió, debemos autorizar la cobertura a más tardar en 72 horas.

- Si la División de apelaciones y audiencias dice que ***No*** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Apelación de nivel 1. Esto se llama *confirmar la decisión*. También se llama *rechazar su apelación*.

Si su Apelación de nivel 2 fue ante la Entidad de revisión independiente (IRE), ellos le enviarán una carta explicándole su decisión.

- Si la IRE responde que ***Sí*** a todo o parte de lo que usted pidió en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico a más tardar en 72 horas o darle el servicio o artículo a más tardar en 14 días calendario de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura del cuidado médico o darle el servicio o artículo en 72 horas después de que recibamos la decisión de la IRE.

- Si la IRE dice que ***No*** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Apelación de nivel 1. Esto se llama *confirmar la decisión*. También se llama *rechazar su apelación*.

¿Y si apelé ante la Entidad de revisión independiente y ante la División de apelaciones y audiencias juntas y me dieron decisiones diferentes?

Si alguna de las dos, la Entidad de revisión independiente o la División de apelaciones y audiencias, dice ***Sí*** a todo o parte de lo que usted pidió, le daremos el servicio o artículo aprobado más cercano a lo que usted pidió en su apelación.

Si la decisión es *No* para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo apelar otra vez?

Si su Apelación de nivel 2 fue enviada a la División de apelaciones y audiencias y usted no está de acuerdo con la decisión del funcionario de audiencias, usted puede presentar una apelación ante el Tribunal de derecho administrativo. Usted tendrá que presentar esta apelación a más tardar en 30 días de la fecha en que le notificaron la decisión. Hay una cuota para esta apelación.

Si su Apelación de nivel 2 fue dirigida a la Entidad de revisión independiente (IRE), usted puede apelar nuevamente si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con cierta cantidad mínima. En la carta que recibirá de la IRE se le explicarán los derechos adicionales de apelación que usted podría tener.

Para más información sobre los niveles adicionales de apelación, lea la Sección 9, en la página 220.

Sección 5.5: Problemas de pagos

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o artículos cubiertos. Esto es verdad incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que éste cobra por un servicio o artículo cubierto. Si un proveedor le factura por algún cargo que nosotros no hayamos pagado, esto se llama *cobro de saldo*. Usted nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura. La única cantidad que se le pedirá que pague es el copago por servicios de cuidado personal, suministros médicos, prótesis, servicios dentales y dispositivos ortopédicos cubiertos sólo por Healthy Connections Medicaid.

Si recibe alguna factura más alta que su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

Si necesita más información, comience por leer el Capítulo 7: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en que usted podría necesitar pedir una devolución o pagar una factura que haya recibido de algún proveedor. Además se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

¿Puedo pedirles que me devuelvan lo que pagué por su parte de un servicio o artículo?

Recuerde que si recibe una factura más alta que su copago por servicios y artículos cubiertos, no debe pagar la factura usted mismo. Pero si la paga, usted podrá recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios y artículos.

Si está pidiendo que le paguen, está pidiendo una decisión sobre cobertura. Decidiremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio cubierto y revisaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que usted pagó están cubiertos y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo de del servicio o artículo, a más tardar en 60 días calendario después de recibir su pedido.

  O, si usted no ha pagado todavía el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir ***Sí*** a su pedido de una decisión sobre cobertura.
- Si el servicio o artículo *no* están cubiertos o usted *no* siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para decirle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

¿Y si decidimos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede apelar**. Siga los procesos de apelación descritos en la Sección 5.3, en la página 179. Cuando siga estas instrucciones por favor tenga en cuenta que:

- Si hace una apelación para que le paguemos, debemos responderle a más tardar en 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos está pidiendo que le devolvamos el pago de un servicio o artículo que usted ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.

➔ Si respondemos ***No*** a su apelación y el servicio o artículo está cubierto por Medicare, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto pasa.

» Si la IRE no está de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta para su apelación es ***Sí*** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor, a más tardar en 60 días calendario.

» Si la IRE dice que ***No*** a su apelación, eso significa que ellos están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. (Esto se llama *confirmar la decisión* o *rechazar su apelación*.) En la carta que reciba se le explicarán los derechos de apelación adicionales que usted podría tener. Usted podría apelar nuevamente si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con cierta cantidad mínima. Para más información sobre los niveles adicionales de apelación, lea la Sección 9, en la página 220.

➔ Si respondimos ***No*** a su apelación y el servicio o artículo está cubierto regularmente por Healthy Connections Medicaid, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2 (vea la Sección 5.4, en la página 183).

Sección 6: Medicamentos de la Parte D

Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de receta. Casi todos son "medicamentos de la Parte D". Hay unos cuantos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Healthy Connections Medicaid podría cubrir. **Esta sección corresponde sólo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

- La *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos), incluye algunos medicamentos que tienen un símbolo DP. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo DP siguen el proceso de la **Sección 5**, **en la página 174.**

¿Puedo pedir una decisión sobre cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos de receta de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones sobre cobertura que puede pedirnos que tomemos, sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, como:
  - » Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan; o
  - » Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).
  - » **NOTA:** Si su farmacia le dice que no puede surtir su receta, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión sobre cobertura.

- Usted pide que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. Esto es, pedir una decisión sobre cobertura sobre un pago que usted ya hizo.

> ***El término legal*** *para una decisión sobre cobertura de sus medicamentos de la Parte D es* ***"determinación de cobertura".***

Si no está de acuerdo con una decisión sobre cobertura que hayamos tomado, usted puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo pedir decisiones sobre cobertura **y** cómo presentar una apelación.

Use este cuadro para decidir en qué sección hay información sobre su situación:

¿En cuál de estas situaciones está usted?			
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos?	¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita?	¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y por el que pagó?	¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado?
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión sobre cobertura.) Comience con la **Sección 6.2**, en la página 192. Lea también las Secciones 6.3 y 6.4, en las páginas 193 y 195.	**Puede pedirnos una decisión sobre cobertura.** Vaya a la **Sección 6.4**, en la página 195.	**Puede pedirnos que le devolvamos el pago.** (Esto es un tipo de decisión sobre cobertura.) Vaya a la **Sección 6.4,** en la página 195.	**Puede apelar**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.) Vaya a la **Sección 6.5**, en la página 199.

Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una *excepción* es un permiso para recibir cobertura por un medicamento que normalmente no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando usted nos pide hacer una excepción, su médico u otro profesional autorizado deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita que hagamos la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional autorizado pueden pedirnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de medicamentos.
2. Quitar una restricción en nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que corresponden a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, vaya al Capítulo 5, Sección C, página 117).
   - Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
     » Que se le pida usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     » Obtener una aprobación del plan antes que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto se llama a veces *autorización previa*).
     » Que se le pida probar un medicamento diferente antes que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces *tratamiento progresivo*).
     » Tener límites de cantidad. Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos.

> ***El término legal** usado para pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una **"excepción de formulario".***

Sección 6.3: Qué debe saber cuándo pide una excepción

Su médico u otro profesional autorizado deben decirnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional autorizado deberán presentarnos una declaración explicando las razones médicas para pedirnos que hagamos una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico o de otro profesional autorizado cuando pida la excepción.

Típicamente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estos se llaman medicamentos “alternos”. En general, *no* aprobamos su pedido de una excepción si un medicamento alterno funciona tan bien como el medicamento que está pidiendo y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud.

Diremos* Sí *o* No *a su pedido de una excepción

- Si decimos ***Sí*** a su pedido de una excepción, esta excepción generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si decimos que ***No*** a su pedido de una excepción, puede apelar para pedir una revisión sobre nuestra decisión. La Sección 6.5, en la página 199 le dice cómo apelar si decimos que ***No***.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Sección 6.4: Cómo pedir una decisión sobre cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción

Qué hacer

- Pida el tipo de decisión sobre cobertura que quiere. Haga su pedido por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional autorizado) pueden hacerlo. Llámenos al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- Usted o su médico (u otro profesional autorizado) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.

  Lea la Sección 4, en la página 171 para saber cómo autorizar a otra persona para actuar como su representante.

  → Usted no necesita darle un permiso por escrito a su médico o a otro profesional autorizado para que nos pidan una decisión sobre cobertura en su nombre.

***En resumen:* Cómo pedir una decisión sobre cobertura por un medicamento o por un pago**

Llame por teléfono, escriba o envíenos un fax o pídale a su representante o médico o a otro profesional autorizado que pregunten. Le daremos una respuesta sobre una decisión sobre cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Para un medicamento de la Parte D que usted ya pagó, le responderemos sobre la devolución de su dinero a más tardar en 14 días calendario.

- Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico o de otro profesional autorizado.
- Usted o su médico u otro profesional autorizado pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas llegan a más tardar en 24 horas.)

→ ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones.

- Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección B, página 138 de este manual. En el Capítulo 7 se describen casos en los que posiblemente tenga que pedirnos que le devolvamos su dinero. También dice cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento por el que usted ya pagó.
- Si está pidiendo una excepción, envíenos la "declaración de respaldo". Su médico u otro profesional autorizado deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama *declaración de respaldo*.

  Su médico u otro profesional autorizado pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional autorizado también pueden explicarnos sus razones por teléfono y, después, enviarnos una declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos tomar una "decisión sobre cobertura rápida"

Usaremos las "fechas límite estándar" a menos que estemos de acuerdo con usar las "fechas límite rápidas".

- Una **decisión sobre cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
  - » Usted podrá obtener una decisión sobre cobertura rápida *sólo* si está pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido*. (Usted no podrá obtener una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró).
  - » Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida *sólo* si usando las fechas límite estándar podríamos *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse.*
  - » Si su médico u otro profesional autorizado dicen que su salud requiere una "decisión sobre cobertura rápida" tomaremos una decisión sobre cobertura rápida y se lo diremos en la carta.

    Si usted nos pide tomar una decisión sobre cobertura rápida (sin el respaldo de su médico u otro profesional autorizado), nosotros decidiremos si le daremos una decisión sobre cobertura rápida.

    Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos las fechas límite estándar en lugar de las rápidas. Se lo diremos en una carta. En la carta se le dirá cómo presentar una queja sobre

nuestra decisión de darle una decisión estándar. Puede presentar una "queja rápida" y obtener una respuesta a su queja en 24 horas. Para más información sobre el proceso de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección 10 en la página 222.

> ***El término legal** para "decisión **sobre** cobertura rápida" es **"determinación de cobertura acelerada".***

Fechas límite para una "decisión sobre cobertura rápida"

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra repuesta a más tardar en 24 horas después de recibir su pedido. O si nos está pidiendo una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de su proveedor apoyando su pedido. Le daremos nuestra respuesta más rápido, si su salud lo exige.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente examinará su pedido.

➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su pedido o la declaración de su médico o profesional autorizado respaldando su pedido.

➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que *no*. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "decisión sobre cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido. O, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de respaldo de su médico o de su proveedor autorizado. Le daremos nuestra respuesta más rápido, si su salud lo exige.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente (IRE) analizará su pedido.

- **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido o, si nos está pidiendo una excepción, en 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico o de su proveedor autorizado.

- **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que ***No***. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "decisión sobre cobertura estándar" por el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente examinará su pedido.

- **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, le pagaremos a usted a más tardar en 14 días calendario.

- **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que ***No***. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para Medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante deben comunicarse con nosotros.
- Si nos escribe por una apelación estándar, puede hacer su apelación por escrito. También puede llamarnos para apelar al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
- Solicite su apelación **a más tardar en 60 días calendario**, a partir de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si usted pierde esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave; o no le dimos información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será

***En resumen:* Cómo presentar una Apelación de nivel 1**

Usted, su médico, profesional autorizado o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para apelar.

- Haga su solicitud **a más tardar en 60 días calendario** de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
- Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para una apelación rápida.
  - ➔ ¡Lea esta sección para saber si es elegible para una decisión rápida! También encontrará información sobre fechas límites para las decisiones.

***El término legal** para una apelación al plan sobre una decisión sobre cobertura de los medicamentos de la Parte D es **"redeterminación"** del plan.*

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

devuelta dentro del siguiente día hábil.

» Si quiere, usted y su médico u otro proveedor autorizado pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo exige, pida una "apelación rápida"

- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que no haya recibido, usted y su médico u otro profesional autorizado deberán decidir si usted necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión sobre cobertura rápida" incluidos en la Sección 6.4, en la página 195.

> ***El término legal** para "apelación rápida" es **"redeterminación acelerada".***

Nuestro plan revisará su apelación y le dirá cuál es nuestra decisión

- Analizaremos con cuidado toda la información sobre su pedido de cobertura. Revisaremos para ver que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que ***No***. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional autorizado para obtener más información. El revisor no será la misma persona que tomó la decisión sobre cobertura inicial.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Si usamos las fechas límite rápidas, le daremos nuestra respuesta a más tardar en 72 horas o antes, después de recibir su apelación si su salud lo exige.
- Si no le damos una respuesta a más tardar en esas 72 horas, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente revisará su apelación.

➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.

➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que ***No***.

Fechas límite para una "apelación estándar"

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 7 días calendario o antes después de recibir su apelación si su salud lo exige. Si cree que su salud lo exige, pida una “apelación rápida”.
- Si no le damos una decisión a más tardar en 7 días calendario, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente revisará su apelación.

➔ **Si nuestra respuesta es *Sí*** a una parte o a todo lo que pidió:

» Si aprobamos su pedido de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más de 7 días calendario después de recibir su apelación.

» Si aprobamos una solicitud para devolverle el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.

➔ **Si nuestra respuesta es *No*** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que ***No*** y cómo puede apelar nuestra decisión.

Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si respondemos que ***No*** a todo o parte de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o hace otra apelación. Si decide seguir adelante a una Apelación de nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión en la Apelación de nivel 1, se le explicará cómo solicitar la Apelación de nivel 2.
- Cuando presente una apelación a la IRE, les enviaremos su expediente. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente, llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

***En resumen:* Cómo presentar una Apelación de nivel 2**

Si quiere que la Entidad de revisión independiente revise su caso, debe apelar por escrito.

- Pregunte **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar.
- Usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante pueden solicitar la Apelación de nivel 2.

➔ ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

- Usted tiene derecho a dar a la IRE otra información para apoyar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare que no está relacionada con este plan ni es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

> ***El término legal*** *para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de Parte D es* ***"reconsideración."***

Fechas límite para una "apelación rápida" de Nivel 2

- Si su salud lo exige, pida a la Entidad de revisión independiente (IRE) una "apelación rápida".
- Si la IRE está de acuerdo con darle una "apelación rápida," deberá responder a su Apelación de nivel 2 a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.
- Si la IRE dice ***Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar en 24 horas después de recibir la decisión.

Fechas límite para una "apelación estándar" de Nivel 2

- Si usted tiene que presentar una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) deberá responder a su Apelación de nivel 2, a más tardar en 7 días calendario después de que reciba su apelación.
  - » Si la IRE dice ***Sí*** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos, a más tardar en 72 horas después de recibir la decisión.
  - » Si la IRE aprueba un pedido para devolverle el pago por un medicamento que ya pagó, le enviaremos el pago a más tardar en 30 días calendario después de recibir la decisión.

¿Y si la Entidad de revisión independiente responde *No* a su Apelación de nivel 2?

No significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. Esto se llama *confirmar la decisión* o *rechazar su apelación*.

Si usted quiere ir al nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que pidió, deben alcanzar un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir una Apelación de nivel 3. La carta que reciba de la IRE le dirá el valor necesario en dólares para continuar con el proceso de apelación.

Sección 7: Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital

Cuando le internen en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios que nosotros cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán para prepararlo para el día en que usted salga del hospital. También le ayudarán a preparar el cuidado que necesitará después de salir.

- La fecha en que usted sale del hospital es la “fecha de su salida”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuándo será la fecha de su salida.

Si cree que le están pidiendo salir del hospital demasiado pronto, puede pedirnos que cubramos una estadía más larga. En esta sección se explica cómo hacerlo.

Sección 7.1: Para saber sobre sus derechos de Medicare

A más tardar dos días después de que le internen en el hospital, un trabajador de casos o una enfermera le dará un aviso llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. TTY (las personas con dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso con cuidado y pregunte si no entiende algo. En el *Mensaje importante* se explican sus derechos como paciente en el hospital, incluyendo su derecho a:

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
- Participar en las decisiones sobre el tiempo de su estadía en el hospital.
- Saber dónde informar sobre las inquietudes que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
- Apelar si cree que le dieron de alta del hospital demasiado pronto.

Usted deberá firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo entendió y que comprende sus derechos. Su firma en el aviso ***no*** significa que esté de acuerdo con la fecha de su salida que posiblemente le haya dicho su médico o el personal del hospital.

Conserve su copia del aviso firmado para que tenga la información si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas con dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

  También podrá ver el aviso por internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

➔ Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados o a Medicare a los números anotados arriba.

Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital por un tiempo más largo como paciente interno, usted deberá presentar una apelación. Una Organización para el mejoramiento de la calidad revisará la Apelación de nivel 1 para ver si la fecha de su salida es médicamente adecuada.

En South Carolina, la organización de mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Para presentar una apelación o cambiar la fecha de su salida, llame a KEPRO al 1-844-455-8708 (TTY 1-855-843-4776).

¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización para el mejoramiento de la calidad ***antes*** de salir del hospital y no después de la fecha programada para su salida. En el *Mensaje Importante de Medicare sobre sus derechos* encontrará información sobre cómo comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad.

- Si llama antes de salir del hospital, se le permitirá quedarse *después* de la fecha de su salida *sin tener que pagar,* mientras espera la decisión sobre su apelación tomada por la Organización para el mejoramiento de la calidad.
- Si usted *no llama* para apelar y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su salida, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por cuidados recibidos del hospital después de la fecha programada para su salida.

En resumen: **Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital**

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-844-455-8708 y pida una "revisión rápida".

Llame antes de salir del hospital y antes de la fecha programada para su salida.

➔ Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para conocer los detalles, lea la Sección 7.4 en la página 210.

Queremos asegurarnos que usted entienda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Afiliados 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede llamar al Programa de asistencia con los seguros de salud del estado (SHIP), conocido en South Carolina como I-CARE al 1-800-868-9095. También puede llamar a Healthy Connections Prime Advocate, al 1-844-477-4632, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Qué es una Organización para el mejoramiento de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros proveedores de cuidado de salud pagados por Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Pida una "revisión rápida"

Debe pedir a la Organización para el mejoramiento de la calidad una "**revisión rápida**" de la fecha de su salida. Pedir una "revisión rápida" significa que usted está pidiendo que la organización use las fechas límite rápidas para una apelación, en lugar de usar las fechas límite estándar.

> ***El término legal** para una "revisión rápida" es **"revisión inmediata".***

¿Qué pasará durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada para su salida. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere, puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
- Usted recibirá una carta con la fecha de su salida, al medio día del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. En la carta se le explicarán los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que usted salga del hospital en esa fecha.

***El término legal** para esta explicación por escrito es **"Aviso detallado de su salida".** Podrá obtener una muestra llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711), 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá ver una muestra del aviso por internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html*

¿Y si la respuesta es Sí?

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad responde ***Sí*** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios de hospital todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Y si la respuesta es No?

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad dice ***No*** a su apelación, estarán diciendo que su fecha de salida es médicamente adecuada. Si esto ocurre, nuestra cobertura por servicios de hospital como paciente interno terminará al mediodía del día *después* que la Organización para el mejoramiento de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad dice ***No*** y usted decide quedarse en el hospital, es posible que tenga que pagar por su estadía continua en el hospital. El costo del cuidado de hospital que usted tenga que pagar comienza al mediodía del día después que la Organización para el mejoramiento de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación *y* usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2.

Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó su apelación, *y* usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad otra vez y pedir otra revisión.

Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad respondió ***No*** a su Apelación de nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

En South Carolina, la organización de mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Usted podrá llamar a KEPRO al 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776).

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad revisarán otra vez con cuidado, toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad tomarán una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de una segunda revisión.

***En resumen:* Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital**

Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad de su estado al 1-844-455-8708 y pida otra revisión.

¿Qué sucederá si la respuesta es *Sí*?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que recibió desde el mediodía de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura por su cuidado en el hospital como paciente interno todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucederá si la respuesta es *No*?

Esto significa que la Organización para el mejoramiento de la calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que recibirá le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su Apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía en el hospital después de la fecha programada para su salida.

Sección 7.4: ¿Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar?

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de presentar apelaciones en Nivel 1 y Nivel 2, llamada apelaciones alternas. Los *dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Apelación alterna de nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una “revisión rápida” es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo deberá salir del hospital fue justa y si cumple todas las reglas.
- Para responder a esta revisión usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar. Esto significa que le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos la “revisión rápida”.
- **Si decimos *Sí* a su revisión rápida,** eso significa que estamos de acuerdo con que usted deberá seguir en el hospital después de la fecha de su salida. Seguiremos cubriendo los servicios del hospital mientras sigan siendo médicamente necesarios.

  Eso también significa que estamos de acuerdo con pagar nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si respondemos *No* a su revisión rápida,** estamos diciendo que la fecha de su salida era médicamente adecuada. Nuestra cobertura por sus servicios en el hospital como paciente interno terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.

***En resumen:* Cómo presentar una Apelación alterna de nivel 1**

Llame a Servicios para Afiliados: 1-855-735-4398 (TTY: 711) 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Pida una "revisión rápida" de la fecha de su salida del hospital. La llamada es gratuita.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

» Si permaneció en el hospital *después* de la fecha programada para su salida, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha programada para su salida.

➔ Enviaremos su apelación a la Entidad de revisión independiente para verificar que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos ***No*** a su apelación rápida. Esto significará que su caso pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

> ***El término legal*** *para "revisión rápida" o "apelación rápida" es* ***"apelación acelerada".***

Apelación alterna de nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar en 24 horas después de tomar nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con alguna otra fecha límite, puede presentar una queja. En la Sección 10, en la página 222, se explica cómo presentar una queja.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alterna de nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de revisión independiente.

Durante la Apelación de nivel 2, la **IRE** revisará por qué dijimos ***No*** a su "revisión rápida". Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

- La IRE hará una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta a más tardar en 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación a la fecha de su salida del hospital.
- Si la IRE responde ***Sí*** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que usted recibió desde la fecha programada para su salida del hospital. También debemos continuar cubriendo nuestra cobertura de sus servicios de hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios.

- Si la IRE dice ***No*** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para su salida del hospital era médicamente adecuada.

  En la carta que recibirá de la IRE se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez. Por favor lea más información sobre las apelaciones de nivel 3 en la Sección 9, en la página 220.

Sección 8: Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o en una institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) terminarán demasiado pronto

Esta sección es *sólo* sobre los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidado de salud en el hogar.
- Cuidado de enfermería especializada en una institución de enfermería especializada.
- Cuidado de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente externo en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobada por Medicare. Generalmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

  ➔ Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el médico diga que los necesita.

  ➔ Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes que terminen sus servicios. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, *dejaremos de pagar por su cuidado.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice cómo presentar una apelación.

Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama *Notificación de no cobertura de Medicare.*

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

- El aviso por escrito le dirá la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado.
- El aviso por escrito también le dirá cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Su firma en el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que es tiempo que usted deje de recibir el cuidado.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.

Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado

Si le parece que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Antes de comenzar su apelación, entienda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 10, en la página 222, se explica cómo presentar una queja.)
- **Si necesita ayuda, pídala**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. O, llame al Programa de asistencia con los seguros de salud de su Estado, conocido en South Carolina como I-CARE, al 1-800-868-9095,

Durante una Apelación de nivel 1, una Organización para el mejoramiento de la calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En South Carolina, la Organización de mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Usted puede llamar a KEPRO al 1-844-455-8708 (TTY 1-855-843-4776). La información sobre cómo presentar una apelación ante la Organización de mejoramiento de la calidad también se encuentra en la *Notificación de no cobertura de Medicare.* Este aviso es el que usted recibió cuando se le dijo que dejaríamos de cubrir sus cuidados.

En resumen: **Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para pedir al plan que continúe su cuidado**

Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad de su estado al 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776) y pida una “apelación de vía rápida”.

Llame antes de salir de la agencia o institución que está proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.

¿Qué es una Organización de mejoramiento de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros proveedores de cuidado de salud pagados por Medicare para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

¿Qué debe pedirles?

Pídales una “apelación de vía rápida”. Ésta es una revisión independiente para determinar si es médicamente adecuado que suspendamos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es la fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad *a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.*
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede presentarnos la apelación directamente a nosotros. Para conocer detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, lea la Sección 8.4, en la página 217.

> ***El término legal** del aviso por escrito es **"Notificación de no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. O, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Podrá ver una muestra de un aviso por internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html*

¿Qué sucederá durante la revisión hecha por la Organización para el mejoramiento de la calidad?

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
- Cuando presente una apelación, el plan deberá escribir una carta a usted y a la Organización para el mejoramiento de la calidad, explicando por qué deberían terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les haya dado.
- **A más tardar un día completo después que los revisores tengan toda la información que necesiten, le dirán su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

> ***El término legal** para la carta que explica por qué deben terminar sus servicios es **"Notificación detallada de no cobertura de Medicare ".***

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

¿Qué sucederá si los revisores dicen *Sí*?

- Si los revisores dicen ***Sí*** a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

¿Qué sucederá si los revisores dicen *No*?

- Si los revisores dicen ***No*** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le dijimos. Nosotros dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si usted decide seguir recibiendo cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que termine su cobertura, usted podría tener que pagar el costo total por este cuidado.

Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado

Si la Organización para el mejoramiento de la calidad respondió ***No*** a la apelación **y** usted elige seguir recibiendo cuidado después que termine su cobertura, podrá presentar una Apelación de nivel 2.

Durante la Apelación de nivel 2, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisará la decisión que tomó en el Nivel 1. Si están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted podría tener que pagar el costo total de su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.

En South Carolina, la Organización de mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. Usted puede llamar a KEPRO al 1-844-455-8708 (TTY 1-855-843-4776). Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad dijo que ***No*** a su Apelación de nivel 1. Podrá pedir esta revisión sólo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad

En resumen: **Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para pedir que el plan cubra su cuidado por más tiempo**

Llame a la Organización de mejoramiento de la calidad de su estado al 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776) y pida otra revisión.

Llame antes de salir de la agencia o institución que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.

analizarán otra vez, cuidadosamente, toda la información relacionada con su apelación.

- La Organización para el mejoramiento de la calidad tomará una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de apelación.

¿Qué sucederá si la organización de revisión dice *Sí*?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. Debemos seguir proporcionando cobertura por el cuidado todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucederá si la organización de revisión dice *No*?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la Apelación de nivel 1 y que no la cambiarán.
- En la carta que reciba se le dirá qué hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Se le darán detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

Sección 8.4: ¿Y si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de nivel 1?

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de apelar en el Nivel 1 y Nivel 2, esto es llamado Apelaciones alternas. Los *dos primeros niveles de apelación son* diferentes.

Apelación alterna de nivel 1 para continuar su cuidado más tiempo

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, puede apelar ante nosotros y pedirnos una “revisión rápida”. Esta es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en una Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Revisamos si la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos una “revisión rápida.”

> ***En resumen:*** **Cómo presentar una Apelación alterna de nivel 1**
>
> Llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil**.** Pida una “revisión rápida”. La llamada es gratuita.
>
> Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

- **Si respondemos *Sí*** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios.

  También que estamos de acuerdo con devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

- **Si respondemos *No*** a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.

  » Si usted sigue recibiendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

➔ Enviaremos su apelación a la "Entidad de revisión independiente" para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos ***No*** a su apelación rápida. Esto significa que su caso pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

> ***El término legal*** *para "revisión rápida" o "apelación rápida" es* ***"apelación acelerada".***

Apelación alterna de nivel 2 para continuar su cuidado por más tiempo

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar 24 horas después de cuando le dimos nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras fechas límite usted puede presentar una queja. En la Sección 10, en la página 222 se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de nivel 2, la IRE revisará la decisión que tomamos cuando dijimos ***No*** a su "revisión rápida". Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

- La IRE hará una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores normalmente le responderán en 72 horas. La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. La IRE no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.

En resumen: **Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para pedir que el plan continúe su cuidado**

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.

- Los revisores de la IRE revisarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE dice *Sí*** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos de su cuidado. También debemos continuar nuestra cobertura del plan de sus servicios mientras sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE dice *No*** a su apelación, esto significa que están de acuerdo con nosotros en que suspender la cobertura de los servicios fue médicamente adecuado.

En la carta que recibirá de la IRE, se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de nivel 3, la que estará a cargo de un juez.

Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si hizo una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 por servicios y artículos de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente le explicará qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). Si quiere que un ALJ revise su caso, el artículo o servicio médico que usted está pidiendo, debe cumplir con una cantidad mínima en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted puede tener el derecho de pedirle a un ALJ que le dé una audiencia para su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el ALJ, puede dirigirse al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que usted tenga el derecho a pedir que un tribunal federal examine su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso de apelación, puede comunicarse con el defensor de Healthy Connections Prime . El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid

Si usted presentó apelaciones de Nivel 1 y 2, por servicios o artículos de Healthy Connections Medicaid y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles de apelación adicionales. Si tiene alguna pregunta después de su Apelación de nivel 2, comuníquese con el defensor de Healthy Connections Prime. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Este defensor le explicará sus opciones y siempre actuará en su mejor interés.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

El proceso de apelaciones de nivel 3 es una audiencia ante un tribunal de derecho administrativo (ALC). Si quiere una audiencia ALC, comience por llenar una "Solicitud de audiencia por caso impugnado", disponible en http://www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf. Usted deberá presentar la solicitud a más tardar 30 días después de la fecha en que le notificaron la decisión del Nivel 2. Hay una cuota de $25 para apelar. Si no puede pagar la cuota, usted puede presentar una "Solicitud para cancelar la cuota de presentación". Puede encontrar esta solicitud en http://www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf.

Si está apelando una decisión de Nivel 2 con una audiencia, usted será responsable del costo de la transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro por escrito de la audiencia. El costo de la transcripción es de $16 aproximadamente, por cada hora que el transcritor pase escribiendo la transcripción.

Puede encontrar las reglas de apelación ante ALC en http://www.scalc.net/rules.aspx. Si usted no sigue las reglas, su apelación podría ser descartada.

Sección 10: Cómo presentar una queja

¿Qué tipos de problemas deberían ser una queja?

El proceso de quejas se usa *sólo* para algunos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y los Servicios para Afiliados. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Quejas sobre la calidad

- Si no está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Si le parece que alguien no respetó su derecho de privacidad o compartió información sobre usted que es *confidencial.*

Quejas sobre el mal servicio al cliente

- Si un proveedor de cuidado de salud fue grosero o le faltó al respeto.
- Si el personal de Absolute Total Care lo trató mal.
- Si cree que lo están sacando del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- Usted no puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de la salud y a las instalaciones de la oficina de un doctor u otro proveedor.
- Su proveedor no le ofrece adaptaciones razonables necesarias para usted, como un Intérprete de idioma de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Si tiene problemas para obtener una cita o si esperó demasiado tiempo para obtenerla.

***En resumen:* Cómo presentar una queja**

Usted puede presentar una queja interna ante nuestro plan y/o una queja externa ante una organización que no esté conectada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Afiliados o envíenos una carta.

Hay varias organizaciones diferentes que reciben quejas externas. Lea más información en la Sección 10.2 en la página 202.

- Si los médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud o Servicios para Afiliados y otros afiliados del personal del plan lo han hecho esperar demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Si le parece que la clínica, hospital o consultorio del proveedor no están limpios.

Quejas sobre el acceso lingüístico

- Su doctor o su proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros

- Si le parece que no le dimos un aviso o carta que usted debió haber recibido.
- Si cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación|.
- Si cree que después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o darle el servicio o devolverle el pago por ciertos servicios médicos.
- Si cree que no enviamos a tiempo su caso a la Entidad de revisión independiente.

> ***El término legal*** *para una "queja" es un* ***"reclamo".***
>
> ***El término legal*** *para "presentar una queja" es* ***"interponer un reclamo".***

¿Hay tipos diferentes de quejas?

Sí. Usted puede presentar una queja interna o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y éste la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada con nuestro plan, quien la revisa. Para obtener más información sobre las quejas internas, lea la sección siguiente. Para obtener más información sobre las quejas externas, lea la Sección 10.2, en la página 225.

Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, usted puede llamar al defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Si usted está pidiendo una acción por un problema con Medicare, la queja debe presentarse a más tardar en 60 días calendario después de que usted haya tenido el problema del que quiere quejarse. Todos los demás tipos de quejas pueden presentarse en cualquier momento.

- Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios para Afiliados se lo informará.
- Usted también puede presentar su queja por escrito y enviarla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Si es posible le responderemos inmediatamente. Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada. Si su enfermedad nos exige que

> ***El término legal** para "una queja rápida" es **"reclamación acelerada".***

respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas a más tardar en 30 días calendario. Si necesitamos más información y el retraso le conviene a usted o si nos pide más tiempo, podríamos tardar hasta 14 días calendario más, para responder a su queja. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque rechazamos su pedido sobre una decisión de "cobertura rápida" o una "apelación rápida", le daremos automáticamente una "queja rápida" y responderemos a su queja dentro de 24 horas
- Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para darle una decisión de cobertura o una apelación, le daremos automáticamente una "queja rápida" y responderemos a su queja dentro de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o con toda su queja, le diremos y explicaremos nuestros motivos. Le responderemos, ya sea que estemos de acuerdo o no con la queja.

Sección 10.2: Quejas externas

Usted puede informar a Medicare sobre su queja

Usted puede enviar su queja a Medicare. El Formulario para presentar quejas a Medicare está disponible en: https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma muy seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene más comentarios o inquietudes o si cree que el plan no está solucionando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Usted puede informar al defensor de Healthy Connections Prime sobre su queja

Usted puede llamar al defensor de Healthy Connections Prime para informarles sobre su queja. Ellos no están relacionados con nosotros, ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. El número de teléfono del defensor de Healthy Connections Prime es el 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. Esta llamada y los servicios son gratuitos. Si quiere más información, también puede visitar www.healthyconnectionsprimeadvocate.com.

Usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles

Si le parece que le han tratado injustamente, Usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o de asistencia con el idioma. El teléfono de la Oficina de derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.También puede visitar el sitio http://www.hhs.gov/ocr para más información.

Usted también puede comunicarse con la Oficina local de derechos civiles en:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street S.W.
Atlanta, GA 30303-8909

1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Esta llamada es gratis.

Usted también puede tener derechos según la Ley de estadounidenses con discapacidades y según las leyes del estado. Usted puede pedir ayuda al defensor de Healthy Connections Prime. El número de teléfono es 1-844-477-4632, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Usted puede presentar una queja ante la Organización para el mejoramiento de la calidad

Si su queja es sobre *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones:

- Usted puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente a la Organización para el mejoramiento de la calidad (*sin* presentarla a nosotros).
- O puede presentarnos su queja a nosotros ***y*** a la Organización para el mejoramiento de la calidad. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos y otros expertos de cuidado de salud, pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare.

En South Carolina, la Organización para el mejoramiento de la calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776).

Capítulo 10: Cómo terminar su participación en nuestro plan de Medicare-Medicaid

Contenido

Introducción 228

A. ¿Cuándo puede terminar su participación en nuestro plan de Medicare-Medicaid? 228

B. ¿Cómo terminar su participación en nuestro plan?..... 229

C. ¿Cómo me inscribo en otro plan de Medicare-Medicaid?..... 229

D. Si deja de participar en nuestro plan y no quiere otro plan de Medicare-Medicaid ¿cómo recibirá los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid?..... 230

E. Usted seguirá recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación..... 232

F. Hay ciertas circunstancias en que terminará su participación 233

G. Nosotros *no podemos* pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relativo a su salud 234

H. Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan 234

I. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan? 234

Introducción

En este capítulo hablamos sobre nuestro plan como un plan de Medicare-Medicaid. Le describimos las maneras cómo usted puede terminar su participación en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar el plan. Usted seguirá siendo elegible para los beneficios de Medicare y los de Healthy Connections Medicaid, si usted deja nuestro plan.

A. ¿Cuándo puede terminar su participación en nuestro plan de Medicare-Medicaid?

Usted puede terminar su participación en Absolute Total Care de Medicare-Medicaid en cualquier momento. Su participación terminará el último día del mes en que recibamos su pedido de cambio de su plan. Por ejemplo, si recibimos su pedido el 18 de octubre, su cobertura con nuestro plan terminará el 31 de octubre. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente.

- Lea el cuadro de la página 230 para información sobre las opciones de Medicare cuando deje nuestro plan.
- Lea la página 232 para información sobre sus servicios de Healthy Connections Medicaid cuando deje nuestro plan.

Éstas son algunas maneras de obtener información sobre cuándo usted puede terminar su participación:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.
- Llame al Programa de asistencia de seguros de salud del estado (SHIP) al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

B. ¿Cómo terminar su participación en nuestro plan?

Si decide terminar su participación, diga a Healthy Connections Medicaid o Medicare que quiere dejar Absolute Total Care:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670; **O**
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY (personas sordas o con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Hay más información sobre cómo obtener servicios de Medicare cuando termine su participación en nuestro plan en el cuadro de la página 230.

C. ¿Cómo me inscribo en otro plan de Medicare-Medicaid?

Si piensa seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos en un solo plan, usted puede unirse a otro plan de Medicare-Medicaid.

Para inscribirse en otro plan de Medicare-Medicaid:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. Dígales que desea dejar Absolute Total Care e inscribirse en otro plan de Medicare-Medicaid. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, ellos le pueden explicar sobre otros planes que hay en su área, O

Su cobertura de Absolute Total Care terminará el último día del mes en que recibamos su pedido.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

D. Si deja de participar en nuestro plan y no quiere otro plan de Medicare-Medicaid ¿cómo recibirá los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid?

Si no quiere inscribirse en otro plan de Medicare y Medicaid después de dejar de participar en Absolute Total Care, usted volverá a obtener sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado.

Cómo recibirá servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibe sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener su servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su participación en nuestro plan.

1. Usted puede cambiar a:	**Esto es lo que tiene que hacer:**
Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o Programas de cobertura total de salud para personas mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, siete 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 asistencia de seguros de salud del estado (SHIP) al 1-800-868-9095. En South Carolina, SHIP se llama Programa de asistencia de consejería y referencias para personas mayores (I-CARE). Su inscripción en Absolute Total Care se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

2. Usted puede cambiar a:	**Esto es lo que tiene que hacer:**
Medicare original *con* un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, siete 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 asistencia de seguros de salud del estado (SHIP) al 1-800-868-9095. En South Carolina, SHIP se llama programa de asistencia de consejería y referencias para personas mayores (I-CARE). Su inscripción en Absolute Total Care se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare original y comience la cobertura del plan de medicamentos de receta.
3. Usted puede cambiar a: **Medicare original *sin* un plan de medicamentos de receta por separado** **NOTA**: Si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir. Usted sólo debe abandonar la cobertura de medicamentos de receta si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o de otra fuente. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a SHIP al 1-800-868-9095.	**Esto es lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, siete 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 asistencia de seguros de salud del estado (SHIP) al 1-800-868-9095. En South Carolina, SHIP se llama Programa de asistencia de consejería y referencias para personas mayores (I-CARE). Su inscripción en Absolute Total Care se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su Medicare original.

Cómo recibirá servicios de Healthy Connections Medicaid

Si usted deja nuestro plan, usted recibirá sus servicios de Healthy Connections Medicaid a través de cobro por servicio. Ésta es la forma en que la mayoría de la gente recibió sus servicios de Medicaid antes de inscribirse en nuestro plan.

Sus servicios de Healthy Connections Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y respaldos a largo plazo y de cuidados de salud mental.

Si usted deja nuestro plan, usted podrá ver a cualquier proveedor que acepte Healthy Connections Medicaid.

E. Usted seguirá recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación

Si usted deja Absolute Total Care, podría pasar algún tiempo antes de que termine su participación y que comience su cobertura nueva de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Lea la página 228 para obtener más información. Durante este período de tiempo, usted seguirá recibiendo su cuidado de salud y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Usted deberá usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.** Normalmente, sus medicamentos de receta están cubiertos solamente si los surte en una farmacia de la red incluyendo nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si usted está hospitalizado el día en que termine su participación, generalmente su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta.** Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.

F. Hay ciertas circunstancias en que terminará su participación

Estos son los casos en los que Absolute Total Care deberá terminar su participación en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted ya no es elegible para Healthy Connections Medicaid. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Healthy Connections Medicaid. Usted será desafiliado el primer día del siguiente mes que sigue desde que perdió su elegibilidad para Healthy Connections Medicaid.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - » Si se muda o se va por un viaje largo, usted tiene que llamar a Servicios para Afiliados para averiguar si el lugar a dónde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si entra en algún hogar de cuidados para personas mayores o institución de enfermería especializada fuera del área de servicio del plan y vive ahí durante más de seis meses.
- Si va a la cárcel o prisión por algún delito criminal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos de receta.
- Si usted no es ciudadano de Estados Unidos o no está presente legalmente en los Estados Unidos.

Usted debe ser ciudadano de Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser participante de nuestro plan. Los Centros para servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no es elegible para seguir como participante en estas condiciones. Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

Podremos hacer que usted deje nuestro plan por los siguientes motivos, solamente, si primero recibimos permiso de Medicare y Healthy Connections Medicaid:

- Si usted nos da información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.

- Si usted se comporta continuamente de manera perjudicial y nos dificulta proporcionarle cuidado médico a usted y otros afiliados de nuestro plan.
- Si deja que alguien más use su Tarjeta de identificación de afiliado para obtener cuidados médicos.
  - » Si terminamos su participación por este motivo, Medicare podría pedir que el Inspector general investigue su caso.

G. Nosotros *no podemos* pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relativo a su salud

Si le parece que se le ha pedido dejar nuestro plan por algún motivo relativo a su salud, usted deberá llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, siete días de la semana. Usted debe llamar también al Defensor primario de Healthy Connections, al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

H. Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan

Si terminamos su participación en nuestro plan, debemos darle nuestros motivos por escrito. También debemos explicarle cómo usted puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de terminar su participación. Usted puede también leer en el Capítulo 9, Sección 10, página 222 la información sobre cómo presentar una queja.

I. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan?

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su participación, usted puede llamar a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

Capítulo 11: Avisos legales

Contenido

A. Aviso sobre las leyes..... 236

B. Aviso sobre no discriminación..... 236

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario 236

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite http://mmp.absolutetotalcare.com.

A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas Medicare y Healthy Connections Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y del estado.

B. Aviso sobre no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare debe obedecer la ley. Usted no puede recibir un trato diferente por su raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, religión o sexo. Si le parece que no se le trató justamente por cualquiera de estos motivos, llame a la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Usted también puede ir a http://www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación laboral tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare si Medicare no es el pagador primario.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Actividades de la vida diaria: Lo que hace la gente en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Agencia de Medicaid del estado: El Departamento de salud y servicios humanos (Department of Health and Human Services) de South Carolina (SCDHHS) está designado como la única agencia del estado para la administración del programa Medicaid en South Carolina (llamado “Healthy Connections Medicaid”). SCDHHS es una agencia a nivel de ministerio, bajo el control del gobernador del estado de South Carolina. (Capítulo 1, Sección B, página 6).

Apelación: Una manera formal de cuestionar nuestra decisión si le parece que hemos cometido un error. Puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El Capítulo 9, Sección 4, página 171 explica las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación. (Capítulo 2, Sección A, página 17).

Área de servicio: Un área geográfica en el que un plan de salud acepta afiliados. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede usar, generalmente también es el área a donde puede ir para obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su afiliación si se muda del área de servicio del plan. (Capítulo 1, Sección D, página 6).

Asistente de salud en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo para bañarse, ir al baño, vestirse o hacer el ejercicio que ordene un proveedor). Los asistentes de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamientos. (Capítulo 4, Sección D, página 55).

Audiencia imparcial: Una oportunidad para que usted describa su problema en un tribunal y demuestre que una decisión que se tomó está equivocada. (Capítulo 9, Sección 5.4, página 183).

Autorización previa: Aprobación necesaria para poder obtener ciertos servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen autorización previa de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el cuadro de beneficios del Capítulo 4, Sección D. Algunos medicamentos están cubiertos solamente si obtiene autorización previa de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización

previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*. (Capítulo 3, Sección B, página 32).

Ayuda adicional: Un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a pagar medicamentos de receta de Medicare Parte D. La Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”. (Capítulo 6, Introducción, página 128).

Ayuda pagada en espera: Usted puede seguir recibiendo sus servicios aprobados anteriormente mientras esté esperando una decisión sobre una apelación de Nivel 1 (y en el caso de un servicio de Healthy Connections Medicaid, mientras usted espera una decisión sobre una apelación de Nivel 2). Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada en espera”. Para más información lea el Capítulo 9, Sección 5.3, página 179. Por favor llame a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página si tiene alguna otra pregunta. (Capítulo 9, Sección 5.3, página 179).

Cancelación de inscripción: El proceso de terminar su participación en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida). (Capítulo 1, Sección E, página 7).

Centro de cirugía ambulatoria: Una institución que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado en hospital y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado en la institución. (Capítulo 4, Sección D, página 55).

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2, Sección F, página 25 explica cómo comunicarse con CMS. (Capítulo 2, Sección F, página 26).

Cobro de saldo: Una situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) cobra a un paciente por servicios una cantidad mayor que el costo compartido del plan. Como afiliado de Absolute Total Care, usted sólo tiene que pagar las cantidades de costo compartido del plan cuando usted reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “cobren el saldo”. Llame a Servicios al afiliado si recibe alguna factura que no entienda. (Capítulo 7, Sección A, página 136).

Coordinador de cuidados**:** La persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con los proveedores que le dan cuidados, para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita. (Capítulo 1, Sección C, página 5).

Copago: Una cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que usted recibe un servicio. Por ejemplo, usted podría pagar $2 o $5 por un servicio (Capítulo 4, Sección A, página 53).

Costo compartido: Cantidades que usted tiene que pagar cuando usted recibe servicios o medicamentos. Costo compartido incluye copagos y coseguro. (Capítulo 1, Sección J, página 10).

Costos de bolsillo: El requisito de costo compartido en el que los afiliados pagan parte de los servicios o medicamentos que obtienen es conocido también como requisito de costo "de bolsillo". Lea la definición de "costo compartido" arriba. (Capítulo 4, Sección A, página 53).

Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y necesario para tratar una emergencia médica. (Capítulo 3, Sección H, página 43).

Cuidado de instituciones de enfermería especializada: (SNF): Cuidado y rehabilitación de enfermería especializada que se proporcionan de manera continua y diaria en una institución de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidados de institución de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico. (Capítulo 4, Sección D, página 67).

Cuidado necesario de urgencia: Cuidado que obtiene por una enfermedad, lesión repentina que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Puede obtener cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o si no puede llegar a ellos. (Capítulo 3, Sección H, página 43).

Decisión de cobertura: Una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos y la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9, Sección 5.2, página 159 y Sección 6.4, página 176 explica cómo pedirnos una decisión de cobertura. (Capítulo 2, Sección A, página 17).

Determinación de la organización: El plan tomó una determinación de la organización cuando el plan, o uno de sus proveedores, toman una decisión en relación a la cobertura de servicios o cuánto tiene que pagar por servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización son llamadas "decisiones de cobertura" en este manual. El Capítulo 9, Sección 5.2, página 159 y Sección 6.4, página 176 explica cómo pedirnos una decisión de cobertura. (Capítulo 9, Sección 1.2, página 167).

Emergencias: Una emergencia médica es cuando usted o una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, encontraría que usted tiene síntomas médicos que necesitan cuidado médico inmediato para evitar la muerte, la pérdida de alguna parte del cuerpo o la pérdida de la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso. (Capítulo 3, Sección H, página 43).

Entidad de revisión independiente (IRE): Una organización contratada por Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) para realizar una revisión de apelaciones de Nivel 2, por un servicio o artículo cubierto por Medicare únicamente o por Medicare y Health Connections Medicaid juntos. Si Absolute Total Care niega su aprobación para tal servicio o artículo, durante una apelación de Nivel 1 del afiliado, la apelación de la negativa se envía a IRE para que realicen una revisión de Nivel 2. IRE no está ligada a Absolute Total Care y no es una agencia del gobierno. Por favor lea más información sobre las apelaciones de Nivel 2 en el Capítulo 9, Secciones 5.4 (página 183) y 6.6 (página 202). (Capítulo 9, Sección 5.4, página 183).

Equipo de cuidados: Un equipo de cuidados puede incluir médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales de la salud que están ahí para ayudarle a obtener los cuidados que necesite. Usted es un afiliado importante del equipo de cuidados y también puede incluir otros familiares o amigos. (Capítulo 1, Sección C, página 5).

Equipo médico duradero: Algunos artículos que su médico ordena para que usted use en casa. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital. (Capítulo 3, Sección L, página 50).

Especialista: Un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad o una parte específica del cuerpo. (Capítulo 3, Sección D, página 36).

Evaluación completa: Una revisión con el fin de obtener una visión más profunda de sus necesidades médicas y sociales y sus capacidades. Obtendremos esta información de usted, sus proveedores y familiares o personas que le cuiden, cuando sea apropiado. Esta evaluación la realizarán profesionales de la salud certificados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y coordinadores de cuidados. (Capítulo 1, Sección F, página 8).

Examen inicial de salud: Una revisión del historial médico del paciente y sus condiciones actuales. Se usa para averiguar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro. (Capítulo 1, Sección F, página 8).

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. (Capítulo 5, Sección D, página 119).

Farmacia de la red: Una farmacia que ha aceptado surtir recetas de afiliados de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas sólo si usted las surte en una de nuestras farmacias de la red. (Capítulo 1, Sección J, página 10).

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar para nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones. (Capítulo 5, Sección A, página 111).

Healthy Connections Medicaid: El programa de Medicaid de South Carolina. Lea la definición de "Medicaid" de abajo para obtener más información. (Capítulo 1, Sección B, página 4).

Healthy Connections Prime: Un programa de demostración, administrado de manera conjunta por South Carolina y el gobierno federal, para proporcionar mejor cuidados de salud a las personas que tienen Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos. (Capítulo 1, Sección A, página 4).

Hogar para personas mayores o institución de enfermería: Un lugar que da cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar pero que no necesiten estar en el hospital. (Capítulo 4, Sección D, página 64 y 68).

Hospicio: Un programa de cuidados y respaldo para personas con pronósticos médicos terminales, para ayudarles a vivir cómodamente. Un pronóstico médico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Una persona que tenga un pronóstico médico terminal tiene derecho a elegir hospicio. Un equipo de profesionales y cuidadores con capacitación especial, ofrecen atención para la "persona completa", que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Absolute Total Care deberá darle a usted una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica. (Capítulo 4, Sección D, página 65).

Ingresos de seguridad complementarios (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más de edad. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Institución de enfermería especializada (SNF): Un hogar de enfermería con personal y equipo que da cuidados de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados. (Capítulo 4, Sección D, página 65).

Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): Una institución que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, incluyendo terapia física, servicios sociales o sicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico. (Capítulo 2, Sección E, página 25).

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta. (Capítulo 5, Sección C, página 117).

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos de receta cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le dice si hay reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama “formulario”. (Capítulo 1, Sección J, página 10).

***Manual del afiliado* y divulgación de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los adjuntos, cláusulas adicionales u otros documentos seleccionados de cobertura opcionales, que explican su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como afiliado de nuestro plan. (Página de título, página 1).

Medicaid (o Medical Assistance): Un programa operado por los gobiernos federal y del estado, que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar servicios y respaldos a largo plazo y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura de Medicare. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid. Lea el Capítulo 2, Sección G, página 28 si quiere información para comunicarse con Healthy Connections Medicaid en su estado. (Capítulo 1, Sección B, página 4).

Médicamente necesario: Servicios que son razonables y necesarios:

- Para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión, ***o***
- Para mejorar el funcionamiento de un afiliado deformado del cuerpo, ***o***

- De alguna otra manera necesarios de acuerdo con las leyes de Medicare.

De acuerdo con las leyes y reglamentos de Healthy Connections Medicaid, los servicios son médicamente necesarios si:

- Son esenciales para prevenir, diagnosticar o evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar condiciones médicas que pongan en peligro la vida, causen dolor y sufrimiento, causen deformaciones o disfunciones físicas, amenacen con causar o agravar una discapacidad o tener como resultado una enfermedad, ***y***
- Son proporcionados en una institución apropiada al nivel de cuidados apropiado, para el tratamiento de su condición médica, ***y***
- Son proporcionados de acuerdo con los estándares de práctica médica aceptados de manera general. (Capítulo 3, Sección B, página 32).

Medicamento de marca: Un medicamento de receta que fabrica y vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos están hechos por otras compañías farmacéuticas. (Capítulo 5, Sección B, página 115).

Medicamento genérico: Un medicamento de receta aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Normalmente es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca. (Capítulo 5, Sección B, página 115).

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para describir todos los medicamentos de receta cubiertos por nuestro plan. (Capítulo 1, Sección J, página 10).

Medicamentos de la Parte D: Lea “Medicamentos de Medicare Parte D.”

Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos que pueden tener cobertura de Medicare Parte D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Healthy Connections Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos. (Capítulo 2, Sección A, página 17).

Medicare original (Medicare tradicional o Medicare de cobro por servicio): El gobierno ofrece Medicare original. Bajo Medicare original, sus servicios están cubiertos pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud las cantidades que fija el Congreso. Puede visitar a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Medicare original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Medicare original está disponible en todos los Estados Unidos. Si

no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare original. (Capítulo 3, Sección L, página 50).

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayoría del cuidado médicamente necesario de hospital, institución de enfermería especializada, salud en el hogar y residencia para enfermos terminales. (Capítulo 3, Sección K, página 49).

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio y consultas a médicos) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) médicamente necesarios para tratar una enfermedad. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes. (Capítulo 4, Sección D, página 55).

Medicare Parte C: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Plan Medicare Advantage.

Medicare Parte D: El programa de beneficios para medicamentos de receta de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos de receta, vacunas y algunos suministros para pacientes externos que no tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, ni de Healthy Connections Medicaid. Absolute Total Care incluye Medicare parte D. (Capítulo 1, Sección J, página 10).

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, los menores de 65 años con determinadas discapacidades y los que padecen de enfermedad de los riñones en etapa terminal (por lo general, esto significa quienes tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de cuidado de salud Medicare a través de Medicare Original o un plan de cuidados administrados (lea “Plan de salud”). (Capítulo 1, Sección B, página 4).

Afiliado (afiliado de nuestro plan o afiliado del plan): Una persona que tiene Medicare y Healthy Connections Medicaid y es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado. (Capítulo 1, Sección E, página 7).

Afiliado de Medicare-Medicaid: Una persona elegible para cobertura de Medicare y de Healthy Connections Medicaid. Un afiliado de Medicare-Medicaid también se llama “beneficiario doblemente elegible”. (Capítulo 1, Sección A, página 4).

Modelo de cuidado: El modelo estructurado e integrado utilizado por Absolute Total Care para entregar servicios y asegurar que la atención médica sea coordinada

apropiadamente entre proveedores, farmacias y nuestro equipo de coordinación de cuidados.

Nivel: Un nivel es grupo de medicamentos, generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos, o de venta libre). (Capítulo 5, Sección B, página 115).

Ombudsman: Una oficina en su estado que le ayuda si tiene problemas con nuestro plan. Los servicios del Ombudsman son gratuitos. El defensor de Healthy Connections Prime es el ombudsman para las personas inscritas en Health Connections Prime. Por favor lea en el Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con el Healthy Connections Prime Advocate. (Capítulo 2, Sección I, página 30).

Organización de cuidados coordinados e integrados (CICO): Otro nombre para un plan de Medicare-Medicaid.

Organización de mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Lea el Capítulo 2, Sección E, página 25 si quiere información para comunicarse con la QIO por su estado. (Capítulo 2, Sección E, página 25.)

Paciente interno: Un término utilizado cuando usted ha sido internado formalmente en el hospital, para recibir servicios médicos certificados. Si no fue internado formalmente, podría aún ser considerado como paciente externo y no como paciente interno, aunque pase la noche en el hospital. (Capítulo 4, Sección D, página 55.)

Parte A: Lea “Medicare Parte A.”

Parte B: Lea “Medicare Parte B.”

Parte C: Lea “Medicare Parte C.”

Parte D: Lea “Medicare Parte D.”

Plan de cuidados: Un plan para los servicios de salud que usted recibirá y cuándo los recibirá. (Capítulo 1, Sección C, página 5.)

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinador de cuidados, quienes le ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para darle la atención que usted necesite. (Capítulo 4, Sección A, página 53.)

Prótesis y ortóticos: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidado de salud. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, arneses para brazos, espalda y cuello; afiliados artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluyendo suministros de ostomía y terapia de nutrición entérica o intravenosa. (Capítulo 4, Sección D, página 55.)

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan servicios y cuidado de salud. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le dan servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo. Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de cuidado de salud. Les llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros afiliados una cantidad adicional. Mientras usted sea afiliado de nuestro plan, usted debe usar los proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores también son llamados "proveedores del plan". (Capítulo 1, Sección J, página 10.)

Proveedor fuera de la red o Institución fuera de la red: Un proveedor o institución que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. En el Capítulo 3, Sección B, página 32 se explican los proveedores o instituciones fuera de la red. (Capítulo 3, Sección B, página 32.)

Proveedor personal (PCP): Su proveedor personal es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Esta persona se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse sano. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre sus cuidados y le da preautorizaciones para verles. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor personal antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de salud. Lea el Capítulo 3, Sección B, página 32 si quiere información sobre cómo recibir atención de proveedores personales. (Capítulo 3, Sección B, página 32.)

Queja: Una declaración escrita o de palabra que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios cubiertos o su cuidado. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de la red. El nombre formal de "presentar una queja" es "presentar un reclamo". (Capítulo 2, Sección A, página 17.)

Reclamo: Una queja que usted hace sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o de las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su cuidado. (Capítulo 9, Sección 1.2, página 167.)

Red: Una lista de proveedores aprobados por Absolute Total Care para utilizar al buscar su atención médica o servicios de farmacia. (Capítulo 1, Sección J, página 10.)

Servicios cubiertos: El término general que usamos cuando hablamos de todo el cuidado de salud, los servicios y respaldos a largo plazo, los suministros, los medicamentos de receta y de venta libre, equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan. (Capítulo 3, Sección A, página 32.)

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo el nuestro, deben cubrir todos los servicios que cubre Medicare Parte A y Parte B. (Capítulo 4, Sección D, página 55.)

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que obtiene para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Lea el Capítulo 4, Sección D, página 55 para conocer más sobre servicios de rehabilitación. (Capítulo 4, Sección D, página 55.)

Servicios para Afiliados: Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su participación, beneficios, quejas y apelaciones. Lea el Capítulo 2, Sección A, página 17 y al pie de la página si quiere información sobre cómo comunicarse con Servicios al afiliado. (Capítulo 2, Sección A, página 17).

Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS): Los servicios y respaldos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudarán a mantenerse en su hogar, para que no tenga que ir a un hogar de cuidados para personas mayores o a un hospital. (Capítulo 2, Sección B, página 20.)

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Lea “Ayuda adicional”.

Tratamiento progresivo: Una regla de cobertura que le exige que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo. (Capítulo 5, Sección C, página 117.)

Aviso de no discriminación. Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Absolute Total Care no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Absolute Total Care:
- → Brinda asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros como, por ejemplo, intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- → Brinda servicios lingüísticos gratis a aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con Servicios para afiliados de Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el próximo día hábil.

Si usted considera que Absolute Total Care no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo llamando al número que aparece arriba e informando que necesita ayuda para presentar el reclamo; el Departamento de Servicios para afiliados de Absolute Total Care está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles) disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo electrónico o a los teléfonos que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800–368–1019, (TDD: 1-800–537–7697).

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Servicios lingüísticos
ATTENTION: If your primary language is not English, language assistance services are available to you, free of charge. Call 1-855-735-4398 (TTY: 711).
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711).
ملحوظة: إذا كنت لا تجيد التحدث باللغة الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-735-4398 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-735-4398 (TTY: 711).
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-735-4398 (TTY: 711).
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-735-4398 (TTY: 711).
ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua lingua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame 1-855-735-4398 (TTY: 711).
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請 電 1-855-735-4398（TTY：711)。
RUAHSAKNAK: Mirang ttong hmang nan um silen, Mirang ttong thawn pehpar aw in a lak in bawm nak a um. Himi ah in contact thei asi: 1-855-735-4398 (TTY: 711).
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-735-4398 (TTY: 711) पर कॉल करें।
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-735-4398 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
THEIHTERNAK: Mirang holh a thiammi na si ahcun, holh lei kongkau bawmchanh khawhnak a lak in nangmah caah a um. Hika hin au hna 1-855-735-4398 (TTY-711).
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-735-4398 (ATS : 711).
ဟ်သူဉ်ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်–ဖဲနမ့ၢ်တကတိၤအဲးကလံးအကျိာ်ဘဉ်နူဉ်,ကျိာ်အတၢ်ဆီဉ်ထွဲမၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖဉ်အိဉ်ဝဲဒေဉ်လၢနဂၢ်လၢတလိဉ် ဟ့ဉ်အပှၤဘဉ်နူဉ်လီၤ.ကိးဘဉ် 1-855-735-4398 (TTY: 711) တက့ၢ်.
ማሳሰቢያ፦ አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ የቋንቋ እገዛ አገልግሎቶች ያለ ምንም ክፍያ ለእርስዎ ሊሰጡ ይችላሉ። ወደ 1-855-735-4398 (TTY: 711) ይደውሉ።
သတိပြုရန်။ သင် မြန်မာစကားပြောပါက အခမဲ့ ဘာသာပြန် ဝန်ဆောင်မှုကို ရရှိနိုင်သည်။ 1-855-735-4398 (TTY: 711) ကိုခေါ်ပါ။

absolute total care™

Servicios para afiliados de Absolute Total Care

LLAME AL: 1-855-735-4398

Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención de Servicios para afiliados es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada durante el próximo día hábil.

Servicios para afiliados también ofrece un servicio de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711

Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención de Servicios para afiliados es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada durante el próximo día hábil.

ESCRIBA A: 1441 Main Street
Suite 900
Columbia, SC 29201

SITIO WEB: http://mmp.absolutetotalcare.com

© 2017 Absolute Total Care, Inc. Todos los derechos reservados.