

Manual del Miembro de Wellcare Prime by Absolute Total Care (plan Medicare-Medicaid)

Desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025

Su cobertura de salud y medicamentos conforme a Wellcare Prime por Absolute Total Care (plan Medicare-Medicaid)

Introducción del *Manual del Miembro*

En este manual, se detalla su cobertura conforme a Wellcare Prime hasta el 31 de diciembre de 2025. Incluye explicaciones acerca de los servicios de atención de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos recetados, los servicios y el apoyo a largo plazo. Los servicios y apoyo a largo plazo le proporcionan la ayuda que necesita, ya sea que reciba los servicios en el hogar o en un centro de convalecencia. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.

Absolute Total Care, Inc. ofrece este plan de Wellcare Prime. En este *Manual del Miembro*, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a Absolute Total Care, Inc. Utilizaremos las palabras “el plan” o “nuestro plan” para referirnos a Wellcare Prime.

SC5CNCEOC60805S_0001

H1723-001



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- ❖ **ATENCIÓN:** Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. También contamos con servicios y asistencia auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles de manera gratuita. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
- ❖ **注意：如果您说中文（普通话），我们将为您提供免费的语言协助服务。我们还免费提供相应的辅助工具和服务，以无障碍方式提供信息。请致电 1-855-735-4398 (TTY: 711) 或咨询您的医疗服务提供者。**
- ❖ **注意：如果您講廣東話，您可以免費使用語言協助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-855-735-4398 (TTY : 711) 或洽詢您的服務提供者。**
- ❖ **ATENSYON:** Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available para sa inyo. Available din nang libre ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo para makapagbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tumawag sa 1-855-735-4398 (TTY: 711) o makipag-usap sa inyong tagapagbigay ng serbisyo.
- ❖ **REMARQUE :** si vous parlez français, un service d'assistance linguistique gratuit est à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-735-4398 (TTY : 711) ou contactez votre fournisseur.
- ❖ **LƯU Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-855-735-4398 (TTY: 711) hoặc trao đổi với nhà cung cấp của quý vị.
- ❖ **ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Entsprechende weitere Unterstützung und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten stehen Ihnen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie folgende Nummer an oder wenden Sie sich an Ihren Anbieter: 1-855-735-4398 (TTY: 711).



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.

- ❖ 주의: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 제공 정보의 적합한 보조 지원과 서비스 또한 접근 가능한 형식으로 무료로 제공됩니다. 1-855-735-4398(TTY: 711)번으로 전화하거나 제공자에게 문의하십시오.
- ❖ ВНИМАНИЕ: если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги помощи на родном языке. Вам также бесплатно доступны соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Позвоните по номеру 1-855-735-4398 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
- ❖ تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متوفرة لك. تتوفر أيضًا أدوات المساعدة والخدمات الإضافية المناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم 1-855-735-4398 (TTY: 711) أو تحدث إلى مزود الخدمة الخاص بك.
- ❖ ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili, a titolo gratuito, adeguati servizi e supporti ausiliari per fornire le informazioni in formati accessibili. Contatti il numero 1-855-735-4398 (TTY: 711) oppure si rivolga al Suo fornitore.
- ❖ ATENÇÃO: se falar português, estão disponíveis serviços de assistência gratuitos no seu idioma. Também estão disponíveis de forma gratuita materiais e serviços de apoio adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-855-735-4398 (TTY: 711) ou fale com o seu prestador de cuidados.
- ❖ ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans gratis ki disponib. Epitou w ap jwenn aparèy ki bay sipò ak sèvis ki bay enfòmasyon nan fòm ki aksesib gratis. Rele nan 1-855-735-4398 (TTY: 711) oswa pale ak founisè w lan.
- ❖ UWAGA: jeśli mówisz w języku polskim, możesz skorzystać z bezpłatnych usług językowych. Dostępne są również bezpłatne dodatkowe materiały pomocnicze i usługi mające na celu dostarczenie informacji w dogodnym formacie. Zadzwoń pod numer 1-855-735-4398 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą usług.
- ❖ ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूप में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक उपकरण और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-735-4398 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- ❖ УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації в доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-855-735-4398 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника.
- ❖ پاملرنه: که تاسو په پښتو خبرې کوئ، تاسو لپاره د وړیا ژبې مرستې خدمتونه موجود دي. د لاسرسي وړ فورمو کې د معلوماتو چمتو کولو لپاره مناسب مرستندويه مرستې او خدمات هم وړیا شتون لري. 1-855-735-4398 (TTY: 711) ته زنگ ووهئ يا خپل چمتو کونکي سره خبرې وکړئ.
- ❖ লক্ষ্য করুন: আপনি বাংলাতে কথা বললে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তার পরিষেবা উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটে তথ্য সরবরাহ করতে যথাযথ অতিরিক্ত সহায়ক ও পরিষেবাগুলিও বিনামূল্যে পাওয়া যায়। 1-855-735-4398 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন বা আপনার প্রোভাইডারের সাথে কথা বলুন।
- ❖ توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک‌زبانی رایگان به شما ارائه می‌دهیم. کمک‌ها و خدمات تکمیلی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های دسترس‌پذیر نیز به طور رایگان در اختیارتان قرار می‌گیرد. با شماره 1-855-735-4398 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده‌تان صحبت کنید.
- ❖ VËMENDJE: Nëse flisni shqip, janë të disponueshme shërbime ndihmëse gjuhësore pa pagesë. Ofrohen gjithashtu pajisje dhe shërbime ndihmëse të përshtatshme për të dhënë informacion në formate të aksesueshme pa pagesë. Telefononi në numrin 1-855-735-4398 (TTY: 711) ose flisni me ofruesin tuaj.
- ❖ توجه: اگر شما به زبان دری صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبان رایگان برای شما موجود است. کمک‌ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه معلومات در فارمت های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-855-735-4398 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
- ❖ 注意：日本語を話される方は、無料で言語支援サービスを利用できます。アクセス可能なフォーマットで適切なサポートや補助サービスを無料で受けることもできます。1-855-735-4398 (TTY: 711) までお電話いただくか、プロバイダーにご相談ください。



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Esta información está disponible sin costo en español.

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, tales como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios al Miembro al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Para recibir siempre este documento y otros materiales en otro idioma o formato, en la actualidad y en el futuro, llame a Servicios al Miembro. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección. También debe llamar a Servicios al Miembro si posteriormente quiere cambiar el idioma o el formato elegido. Encontrará el número de teléfono de Servicios al Miembro en la parte inferior de esta página. También puede enviar un correo electrónico a ATC_SC_MMP@centene.com.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Manual del Miembro de Wellcare Prime by Absolute Total Care (plan Medicare-Medicaid)**Índice**

Capítulo 1: Comenzar como miembro	8
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	20
Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios de atención de salud y otros servicios cubiertos.....	35
Capítulo 4: Tabla de Beneficios	58
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan.....	119
Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Healthy Connections Medicaid	141
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos.....	148
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	154
Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos).....	175
Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía a nuestro plan Medicare-Medicaid	224
Capítulo 11: Avisos legales	231
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	234



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Descargo de responsabilidad

- ❖ Wellcare Prime by Absolute Total Care (plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con South Carolina Healthy Connections Medicaid para brindar los beneficios de ambos programas a los afiliados.
- ❖ Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación alguna de tratar a los afiliados de Wellcare Prime, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Manual del Miembro* para obtener más información, incluida la distribución de costos que corresponde a los servicios fuera de la red.
- ❖ La cobertura conforme a Wellcare Prime es una cobertura de salud calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Capítulo 1: Comenzar como miembro

Introducción

En este capítulo, se incluye información sobre Wellcare Prime, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, y su membresía al plan. También se le explica qué debe esperar y qué información adicional le enviará Wellcare Prime. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Bienvenido a Wellcare Prime.....	9
B. Información sobre Medicare y Medicaid	9
B1. Medicare.....	9
B2. Medicaid	9
C. Ventajas de este plan.....	10
D. Área de servicios de Wellcare Prime	11
E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan.....	13
F. Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez.....	14
G. Su plan de atención.....	15
H. Prima mensual del plan Wellcare Prime	15
I. <i>Manual del Miembro</i>	15
J. Otra información importante que le enviaremos	15
J1. Su tarjeta de identificación de miembro de Wellcare Prime.....	15
J2. <i>Directorio de Farmacias y Proveedores</i>	16
J3. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	17
J4. <i>Explicación de beneficios</i>	18
K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....	18
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI).....	19



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

A. Bienvenido a Wellcare Prime

Wellcare Prime es un plan Medicare-Medicaid que forma parte del programa Healthy Connections Prime. Un plan de Medicare-Medicaid es una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, y otros proveedores. Además, cuenta con equipos y coordinadores de atención que ayudan en la gestión de todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en equipo para brindarle la atención que necesita.

El estado de South Carolina y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) aprobaron Wellcare Prime para brindarle servicios como parte de Healthy Connections Prime.

Healthy Connections Prime es un programa de demostración gestionado conjuntamente por South Carolina y el Gobierno federal para ofrecer una mejor atención de salud a las personas que cuentan con Medicare y Medicaid. Bajo esta demostración, el Gobierno estatal y el federal desean probar nuevas formas de mejorar la forma en que obtiene sus servicios de atención de salud de Medicaid y Medicare.

B. Información sobre Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es un programa federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con discapacidades **y**
- personas con insuficiencia renal (enfermedad del riñón) en etapa terminal.

B2. Medicaid

Medicaid es un programa ejecutado por el Estado y el Gobierno federal que ayuda a las personas de recursos e ingresos limitados a pagar asistencia y servicios a largo plazo y a cubrir costos de medicamentos. Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare. En South Carolina, Medicaid se denomina Healthy Connections Medicaid.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos;
- quién califica;
- qué servicios están cubiertos;
- cuál es el costo de estos servicios.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

El estado puede decidir cómo ejecutar sus programas, siempre y cuando sigan las normas federales.

Medicare y South Carolina deben aprobar Wellcare Prime todos los años. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid a través de nuestro plan siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- decidimos ofrecerle el plan; **y**
- Medicare y el estado de South Carolina aprueban el plan.

En el caso de que nuestro plan deje de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid no será afectada.

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid de Wellcare Prime, incluidos los medicamentos recetados. **No tiene que pagar un adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Wellcare Prime lo ayudará a que sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid funcionen mejor juntos para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Podrá trabajar con **un** plan médico para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Tendrá un equipo de atención que usted ayudó a armar. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a que reciba la atención que necesita.
- Tendrá acceso a un coordinador de atención. Esta es una persona que trabaja con usted, con Wellcare Prime y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba el cuidado que necesita.
- Podrá controlar su propia atención con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- El equipo y el coordinador de atención trabajarán con usted para elaborar un plan diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención se encargará de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo:
 - Su equipo de atención se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario.
 - Su equipo de atención se asegurará de que los resultados de sus pruebas se informen a todos sus médicos y otros proveedores.



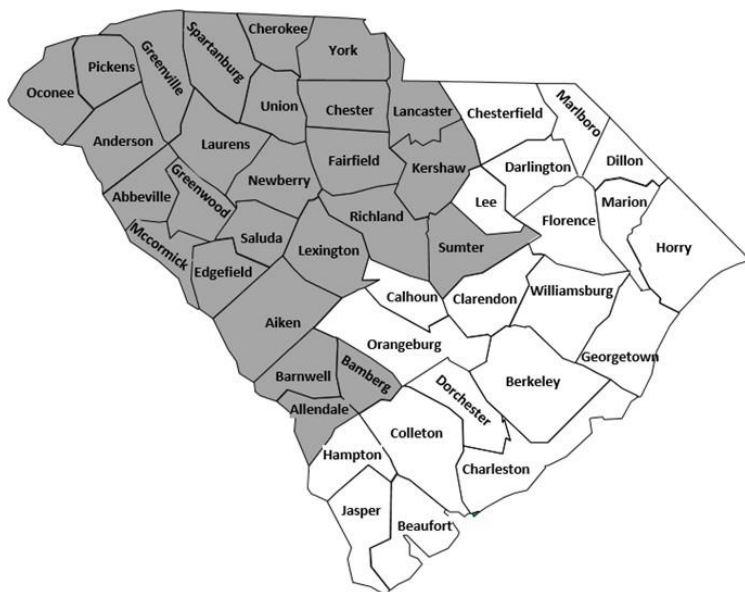
Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

D. Área de servicios de Wellcare Prime

Nuestra área de servicios incluye estos condados en South Carolina:

Región norte:

- Abbeville
- Aiken
- Allendale
- Anderson
- Bamberg
- Barnwell
- Cherokee
- Chester
- Edgefield
- Fairfield
- Greenville
- Greenwood
- Kershaw
- Lancaster
- Laurens
- Lexington
- McCormick
- Newberry
- Oconee
- Pickens
- Richland
- Saluda
- Spartanburg
- Sumter
- Union
- York

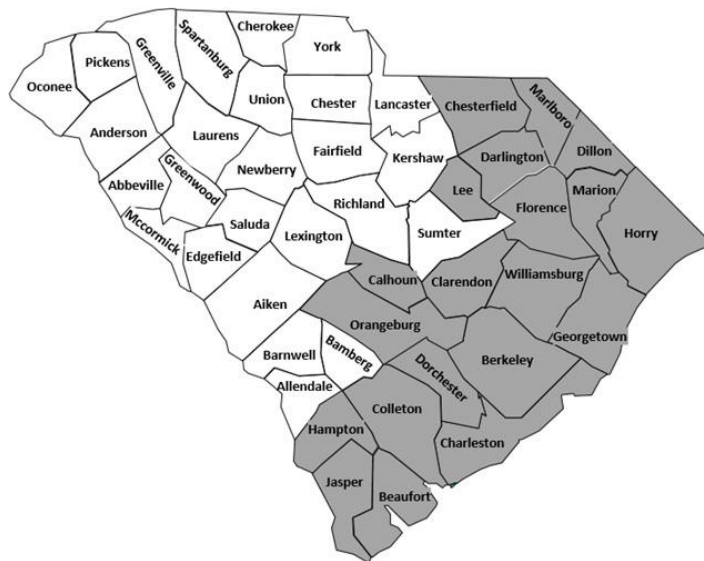


Región costera:

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



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Solo las personas que vivan en nuestra área de servicios se pueden inscribir en Wellcare Prime.

Si se traslada fuera del área de servicio, no puede permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección J, para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicios.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan siempre que cumpla con cada uno de los siguientes requisitos:

- vivir en nuestra área de servicios (las personas encarceladas no se consideran personas que vivan en el área geográfica de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella).
- Tener 65 años o más en el momento de la inscripción.
- Tener Medicare Part A, Part B y Part D.
- Ser elegible para recibir los beneficios completos de Healthy Connections Medicaid.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos.

Aunque cumpla con los criterios mencionados, usted no es elegible para nuestro plan en los siguientes casos:

- Es parte de la población de Healthy Connections Medicaid que debe pagar algunos de los gastos del paciente.
- Tiene un seguro integral de terceros.
- Vive en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (por sus siglas en inglés, ICF/IID) o en un centro de enfermería en el momento de la determinación de la elegibilidad.
- Participa en un Programa de Atención para Pacientes Terminales o recibe servicios para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) en el momento de la determinación de la elegibilidad.
- Participa en un programa de exenciones de atención a largo plazo de la comunidad que no sean las exenciones de Community Choices, HIV/AIDS o ventilación mecánica.

Puede optar por **inscribirse o permanecer en Wellcare Prime** si ocurre lo siguiente:

- Está inscrito actualmente en el plan Medicare Advantage o en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE). Al inscribirse en Healthy Connections Prime, automáticamente se cancelará su suscripción al programa actual y a cualquier plan Medicare Part D.
- Se traslada de un centro de enfermería o un ICF/IID de la comunidad.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- Ya está inscrito en este plan, pero luego ingresa a un centro de enfermería.
- Es miembro de este plan, pero se inscribe en un programa de atención para pacientes terminales o empieza a cumplir con los requisitos para recibir servicios para tratar la ESRD.

F. Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez

Cuando se inscribe en el plan por primera vez, usted recibirá una evaluación de salud inicial dentro de los primeros 30 días para obtener información acerca de sus necesidades y antecedentes médicos y sociales.

También recibirá una evaluación integral durante los primeros 60 o 90 días, según sus necesidades de salud. La evaluación integral examinará con más detalle sus necesidades médicas y sociales, así como sus capacidades. Le solicitaremos información a usted, a sus proveedores y a sus familiares y cuidadores cuando corresponda. Los encargados de realizar esta evaluación serán profesionales de la salud capacitados y calificados, como enfermeros, trabajadores sociales y coordinadores de atención.

Es posible que combinemos el examen inicial de salud y la evaluación integral en una única evaluación durante los primeros 60 días. Por lo general, a las personas inscritas en determinados programas de exención de Healthy Connections Medicaid se les realizarán el examen de salud inicial y la evaluación integral combinados.

Si la evaluación integral indica que tiene necesidades de salud muy altas, es posible que se le pida realizar una evaluación de atención a largo plazo con un enfermero registrado. La evaluación de atención a largo plazo determina si usted necesita atención adicional en un centro de enfermería o con una exención comunitaria.

Si Wellcare Prime es nuevo para usted, puede seguir consultando a sus médicos y mantener las autorizaciones de servicio actuales durante 180 días después de que se inscriba. Durante este período, seguirá teniendo acceso a los mismos artículos, servicios y medicamentos que requieren receta médica que sean médicamente necesarios que en la actualidad. También tendrá acceso a sus proveedores médicos, de salud mental y de servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS).

Muchos de sus médicos y otros proveedores ya están en nuestra red, pero, en caso de que no sea así, después de 180 días en nuestro plan deberá consultar a médicos y proveedores de nuestra red. Podemos ayudarlo a realizar la transición a un proveedor de la red en menos de 180 días después de completar la evaluación integral y desarrollar un plan de transición, solo si usted acepta. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección A, para obtener más información sobre cómo recibir atención.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

G. Su plan de atención

El plan de atención es el plan sobre qué servicios de salud recibirá y cómo los recibirá.

Luego de la evaluación integral, el equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre qué servicios de salud necesita y quiere. Juntos, usted y su equipo de asistencia, crearán su plan de atención.

Todos los años, el equipo de atención colaborará con usted para actualizar el plan de atención en caso de que cambien los servicios que necesita y prefiere.

H. Prima mensual del plan Wellcare Prime

Wellcare Prime no tiene una prima mensual del plan.

I. *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Ello significa que deben acatarse todas las normas de este documento. Si cree que hemos procedido de alguna manera que no cumpla con estas reglas, puede presentar una apelación o cuestionar nuestro proceder. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección D, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para pedir un *Manual del Miembro*, llame al Departamento de Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página. También puede ver el *Manual del Miembro* en mmp.absolutetotalcare.com/resources.html o descargarlo desde este sitio web.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en Wellcare Prime, entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

J. Otra información importante que le enviaremos

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación de miembro de Wellcare Prime, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro de Wellcare Prime

Con nuestro plan, tendrá una tarjeta para los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo y las recetas médicas. Debe presentar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o recetas. He aquí una tarjeta de muestra para que vea cómo será la suya:



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Si su tarjeta se daña, se pierde o es robada, llame de inmediato a Servicios al Miembro y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no tendrá que utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la tarjeta de Healthy Connections Medicaid para obtener los servicios. Mantenga esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite en el futuro. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de Wellcare Prime, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a nuestro plan, y usted puede recibir una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de Farmacias y Proveedores

En el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, se detallan todos los proveedores y las farmacias de la red de Wellcare Prime. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se hace miembro de nuestro plan por primera vez (consulte la Sección F).

Para pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* (en forma digital o en copia impresa), llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página. Las solicitudes de copias impresas de los Directorios de farmacias y proveedores se le enviarán por correo dentro de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en mmp.absolutetotalcare.com/benefits/find-a-doctor-or-pharmacy.html o descargarlo desde este sitio web.

El *Directorio de Farmacias y Proveedores* ofrece información, como direcciones, números de teléfono y horarios de atención. Le indica si el lugar tiene adaptaciones para personas con discapacidades. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* también se informa si los proveedores aceptan pacientes nuevos y si hablan otros idiomas. El Departamento de Servicios al Miembro y el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los proveedores y las farmacias. Si necesita ayuda para buscar un proveedor o una farmacia de la red, llame a Servicios al Miembro. Si quiere que le envíen por correo un *Directorio de farmacias y proveedores*, puede llamar a Servicios al Miembro, solicitar uno en el enlace del sitio web que se menciona en la parte inferior de la página o escribir por correo electrónico a ATC_SC_MMP@centene.com.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de Wellcare Prime incluyen los siguientes:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de atención de salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrezcan servicios médicos en nuestro plan; **y**
 - agencias de atención de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero, proveedores de servicios de exención, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, y otros que ofrecen artículos y servicios que se obtienen a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.

Los proveedores de la red han aceptado recibir el pago completo desde nuestro plan por los servicios cubiertos.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han acordado abastecer recetas a los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto que se trate de una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlas.

Llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página para obtener más información. El Departamento de Servicios al Miembro y el sitio web de Wellcare Prime pueden darle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores y las farmacias de la red.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos “Lista de Medicamentos” para *abreviar*. Indica cuáles son los medicamentos recetados que cubre Wellcare Prime.

La *Lista de medicamentos* también le indica si existen normas o restricciones sobre cualquier medicamento, como un límite sobre la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, para obtener más información sobre estas normas y restricciones.

Todos los años, le enviaremos *información sobre cómo acceder* a la Lista de Medicamentos, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite mmp.absolutetotalcare.com/prescription-drug-part-d/formulary.html o llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

J4. Explicación de beneficios

Cuando use los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios (EOB)*.

La EOB le informa el monto total que usted, u otros en su nombre, han gastado en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada medicamento recetado de la Parte D durante el mes. En la EOB, hay más información sobre los medicamentos que toma. En el Capítulo 6, Sección A, se brinda más información sobre la EOB y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede obtener una EOB cuando la solicite. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al Miembro.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener su registro de membresía actualizado informándonos sobre los cambios en sus datos.

Los proveedores y farmacias de la red incluidos en el plan deben contar con la información correcta acerca de usted. **ya que utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán.** La mayoría de los servicios son gratuitos, pero es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Comuníquenos lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o su pareja de hecho, o la compensación del trabajador;
- si tiene alguna reclamación por responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico;
- la admisión en un hospital o un centro de enfermería;
- si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red;
- cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted);
- si participa o comienza a participar en un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cambia algún dato, infórmenos llamando a Servicios al Miembro, al número que figura en la parte inferior de la página.

También puede actualizar su información visitando nuestro sitio web, mmp.absolutetotalcare.com. Haga clic en el botón “Login” (Ingresar). Ingrese o cree una cuenta nueva. Luego envíenos un mensaje seguro. Llame a Servicios al Miembro si tiene preguntas o necesita ayuda.

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)

La información que aparece en su registro de membresía puede incluir información de salud personal (PHI). Las leyes nos exigen que conservemos la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de proteger su PHI. Si quiere obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección C.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

En este capítulo, se proporciona información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a responder las preguntas que tenga sobre Wellcare Prime y sus beneficios de atención de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas que puedan ayudarlo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de Wellcare Prime	21
A1. Cuándo comunicarse con Servicios al Miembro.....	21
B. Cómo comunicarse con el coordinador de atención	25
B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de atención.....	25
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras	27
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras	27
D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento .	28
D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento	28
E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP)	29
E1. Cuándo comunicarse con I-CARE	29
F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	30
F1. Cuándo comunicarse con Acentra Health	30
G. Cómo comunicarse con Medicare	31
H. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid	32
I. Cómo comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime	33
J. Cómo comunicarse con la Defensoría de Atención a Largo Plazo de South Carolina ..	34



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

A. Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de Wellcare Prime

LLAME	<p>1-855-735-4398. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
POR CORREO	<p>Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)</p> <p>100 Center Point Circle, Suite 100</p> <p>Columbia, SC 29210</p>
POR CORREO ELECTRÓNICO	<p>ATC_SC_MMP@centene.com</p>
SITIO WEB	<p>mmp.absolutetotalcare.com</p>

A1. Cuándo comunicarse con Servicios al Miembro

- preguntas acerca del plan
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de ID de miembro
- cuando desee hablar sobre las decisiones de cobertura relacionadas con su atención de salud
 - Una decisión de cobertura sobre su atención de salud puede relacionarse con los siguientes aspectos:
 - sus beneficios y servicios cubiertos; o
 - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
 - Comuníquese con nosotros si tiene preguntas acerca de una decisión de cobertura



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

relacionada con su atención de salud.

- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- apelaciones relacionadas con su atención de salud
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos acerca de su cobertura y de solicitarnos que la cambiemos si considera que cometimos un error.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- reclamos relacionados con su atención de salud
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor (incluso sobre un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede hacer un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección F más abajo).
 - Si el reclamo es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención de salud, puede presentar una apelación (consulte la Sección A1 anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre Wellcare Prime directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar asistencia.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo hacer un reclamo relacionado con la atención de salud, consulte el Capítulo 9, Sección J.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos puede relacionarse con los siguientes aspectos:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, o
 - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a los medicamentos que requieren receta médica de Medicare, los medicamentos que requieren receta médica de Healthy Connections Medicaid y los medicamentos de venta libre de Healthy Connections Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F4.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son "Medicamentos Parte D". Hay algunos medicamentos que Medicare Part D no cubre, pero que Healthy Connections Medicaid puede cubrir. Los medicamentos que no son de la Parte D se incluyen en la *Lista de medicamentos* como medicamentos del nivel 3.
 - Puede presentar una apelación por un medicamento de la Parte D enviando una solicitud por escrito a la dirección que figura a continuación. También puede hacerlo por teléfono al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede enviar la apelación por fax al 1-866-388-1766.

Si quiere presentar la apelación por escrito, envíela a la dirección que figura a continuación.

Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)
Medicare Part D Appeals
PO Box 31383
Tampa, FL 33631-3383
Attn: Medicare Pharmacy Appeals

- Para presentar una apelación por un medicamento de Healthy Connections Medicaid, llámenos al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede enviar la apelación por fax al 1-866-388-1766. Si quiere realizar la apelación por escrito, envíela a la dirección que figura a continuación.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)
Medicare Part D Appeals
PO Box 31383
Tampa, FL 33631-3383
Attn: Medicare Pharmacy Appeals

- Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F5.
- Reclamos relacionados con sus medicamentos
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier farmacia, Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos recetados.
 - Si su reclamo se trata de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, usted puede presentar una apelación (Consulte la Sección A1 anterior).
 - Puede enviar un reclamo sobre Wellcare Prime directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar asistencia.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo hacer un reclamo relacionado con los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección J.
- Pago por atención de salud o medicamentos que usted ya pagó
 - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte la Sección A del Capítulo 7.
 - Si solicita que paguemos una factura y nosotros rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección E5.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

B. Cómo comunicarse con el coordinador de atención

Un coordinador de atención trabajará con usted para elaborar un plan centrado en la persona que satisfaga sus necesidades de salud específicas. El coordinador de atención lo ayuda a gestionar todos los proveedores, los servicios y el apoyo. Trabjará con usted, sus médicos y el equipo de atención para que obtenga la atención que necesita. Usted tendrá acceso a un coordinador de atención que se le asignará automáticamente. Para comunicarse con su coordinador de atención o cambiarlo, llame al número de teléfono que se indica a continuación:

LLAME	<p>1-855-735-4398. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
POR FAX	1-844-806-6651.
POR CORREO	<p>Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)</p> <p>100 Center Point Circle, Suite 100</p> <p>Columbia, SC 29210</p>
SITIO WEB	mmp.absolutetotalcare.com

B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de atención

- Preguntas sobre su atención de salud
- Ayuda para programar citas
- Preguntas sobre cómo recibir servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Los beneficios de LTSS están disponibles para todos los miembros según sea médicamente necesario y para los miembros que están inscritos en determinados programas de exención administrados por la División de Atención a Largo Plazo de la Comunidad de Healthy Connections Medicaid. Los ejemplos de LTSS incluyen asistencia para bañarse, vestirse y realizar otras actividades básicas de la vida diaria y cuidado personal, además de ayuda con las tareas cotidianas, como lavandería, compras y transporte.

Los miembros con diferentes exenciones pueden obtener distintas clases y cantidades de LTSS. Si considera que necesita LTSS, puede hablar con el coordinador de atención sobre cómo acceder a ellos y si puede inscribirse en una de estas exenciones. El coordinador de atención puede brindarle información acerca de cómo solicitar una exención adecuada y de todos los recursos que tiene disponibles conforme al plan.

En ocasiones, puede obtener ayuda con sus necesidades de atención de salud y de la vida diaria. Es posible que pueda acceder a los siguientes servicios:

- asistente de cuidado personal;
- cuidados médicos domiciliarios;
- cuidado diurno para adultos;
- servicios de acompañamiento;
- terapia del habla;
- servicios sociales médicos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras

La Línea de Consultas con Enfermeras es un recurso valioso que se brinda a los miembros de Wellcare Prime, pero no debe sustituir la visita al proveedor de atención primaria (PCP). Esta línea de llamadas le brinda asesoramiento para preguntas que no sean de emergencia, información sobre las opciones de tratamiento y los recursos disponibles las 24 horas del día. Debe llamar a su médico para recibir atención regular y al 911 en caso de emergencia. Las llamadas a la Línea de Consultas con Enfermeras son gratuitas.

LLAME	<p>1-855-735-4398. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea de Consultas con Enfermeras se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>La Línea de Consultas con Enfermeras se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras

- Preguntas sobre su atención de salud



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento

La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento es para los miembros que necesitan hablar urgentemente con un médico especialista en salud mental o en abuso de sustancias. Si piensa en lastimarse a usted mismo o a otros, llame al 911 o a la Línea para casos de crisis de salud del comportamiento.

LLAME	<p>1-855-735-4398. Esta llamada es gratuita.</p> <p>La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento

- Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP) brinda orientación gratuita sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores, también conocido como I-CARE. I-CARE no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

La información acerca del programa I-CARE está disponible a través del Departamento para Personas de la Tercera Edad.

LLAME	1-800-868-9095. La llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	TTY: 711. La llamada es gratuita. Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
POR CORREO ELECTRÓNICO	askus@aging.sc.gov
SITIO WEB	www.aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud

E1. Cuándo comunicarse con I-CARE

- Preguntas sobre el seguro de salud de Medicare
 - Los asesores de I-CARE pueden ayudarlo a hacer lo siguiente:
 - responder sus preguntas sobre cambiarse a un nuevo plan,
 - comprender sus derechos,
 - comprender sus opciones de plan,
 - hacer reclamos sobre su atención o tratamiento de salud, y
 - resolver problemas con sus facturas.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) se compone de un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. En South Carolina, la QIO es una empresa llamada Acentra Health. Acentra Health no está relacionada con nuestro plan.

LLAME	<p>1-888-317-0751. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los miembros del equipo de Acentra Health están disponibles de 9 a. m. a 5 p. m., hora local, de lunes a viernes; de 10 a. m. a 4 p. m., hora local, los fines de semana y feriados.</p> <p>Hay servicios de traducción disponibles para miembros y cuidadores que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
POR CORREO	<p>Acentra Health</p> <p>5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900</p> <p>Tampa, FL 33609</p>
SITIO WEB	<p>www.acentraqio.com/</p>

F1. Cuándo comunicarse con Acentra Health

- Preguntas sobre su atención de salud
 - Puede hacer un reclamo sobre la atención que recibió en los siguientes casos:
 - si está disconforme con la calidad de la atención,
 - si considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto, o
 - si considera que su atención de salud en el hogar, su atención en centros de enfermería especializada o los servicios que recibe en centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

G. Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para las personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con insuficiencia renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que necesite diálisis o un trasplante de riñón).

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

LLAME	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. Aquí también se incluye información sobre hospitales, centros de convalecencia, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y atención para pacientes terminales.</p> <p>Se incluyen sitios web, números de teléfono útiles y folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, la biblioteca local o el centro de mayores pueden prestarle una computadora para ayudarlo a visitar este sitio web. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesita. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

H. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid

Healthy Connections Medicaid ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo, y costos médicos.

Está inscrito en Medicare y en Healthy Connections Medicaid. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Healthy Connections Medicaid, llame a Healthy Connections Medicaid.

LLAME	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.
TTY	1-888-842-3620. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	South Carolina Department of Health and Human Services P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202
SITIO WEB	www.scdhhs.gov



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

I. Cómo comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime

La Defensoría de Healthy Connections Prime defiende a las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Una defensoría es una oficina en su estado que actúa como defensor en su representación. Ellos pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo para que sepa qué hacer. La Defensoría de Healthy Connections Prime también ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime con problemas relacionados con los servicios y la facturación. No está relacionada con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. sus servicios son gratuitos.

LLAME	1-844-477-4632. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	TTY: 711. La llamada es gratuita. Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR FAX	1-803-734-9988
POR CORREO	Healthy Connections Prime Advocate Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
POR CORREO ELECTRÓNICO	primeadvocate@aging.sc.gov
SITIO WEB	www.healthyconnectionsprimeadvocate.com



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

J. Cómo comunicarse con la Defensoría de Atención a Largo Plazo de South Carolina

La Defensoría de Atención a Largo Plazo de South Carolina es un programa de defensoría que ayuda a las personas a conocer más acerca de los centros de convalecencia y otros entornos de atención a largo plazo. También ayuda a solucionar problemas en estos ambientes, así como a los residentes y a sus familias.

La información acerca de la Defensoría de Atención a Largo Plazo de South Carolina está disponible a través del Departamento para Personas de la Tercera Edad.

LLAME	1-800-868-9095. La llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
POR CORREO	Long Term Care Ombudsman Department on Aging 1301 Gervais St., Suite 350 Columbia, SC 29201
POR CORREO ELECTRÓNICO	ltcombudsman@aging.sc.gov
SITIO WEB	www.aging.sc.gov



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios de atención de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que usted necesita conocer para obtener atención de salud y otros servicios cubiertos de Wellcare Prime. Aquí también se ofrece información acerca de su coordinador de atención, cómo obtener atención de los diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluidos los proveedores o las farmacias fuera de la red), qué hacer cuando los servicios cubiertos por nuestro plan se le facturan directamente a usted y cuáles son las reglas para ser propietario de equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	38
B. Reglas para obtener atención de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan	38
C. Información sobre el coordinador de atención	40
C1. Qué es un coordinador de atención	40
C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención.....	40
C3. Cómo cambiar de coordinador de atención.....	41
D. Atención de proveedores de atención primaria, médicos especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red.....	41
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)	41
D2. Atención de médicos especialistas y otros proveedores de la red.....	43
D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan.....	44
D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	46
E. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento.....	46
F. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)	46



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

G. Cómo obtener atención dirigida por el paciente	47
G1. Qué es la atención dirigida por el paciente	47
G2. Quién puede obtener atención dirigida por el paciente	47
G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de cuidado personal	48
H. Cómo obtener servicios de transporte	48
I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre	48
I1. Atención si tiene una emergencia médica.....	48
I2. Atención urgentemente necesaria.....	51
I3. Atención en caso de desastre.....	52
J. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan.....	52
J1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios	52
K. Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica	53
K1. Definición de estudio de investigación clínica	53
K2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica	54
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica.....	54
L. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud	54
L1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud.....	54
L2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud	55
M. Equipo médico duradero (DME)	55
M1. DME para el miembro de nuestro plan.....	55
M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage ..	56
M3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan.....	56



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

M4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage 57



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

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

Los servicios son la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), los suministros, los servicios de salud del comportamiento, los medicamentos de venta libre y que requieren receta médica, los equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención de salud y los LTSS cubiertos se indican en la Tabla de beneficios, en la Sección D del Capítulo 4.

Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares donde se ofrecen servicios de atención de salud, equipos médicos y servicios, y apoyo a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le proporcionan a usted. Cuando recurre a un proveedor de la red, en general no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener atención de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

Wellcare Prime cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Esto incluye los servicios de salud del comportamiento y LTSS.

En general, Wellcare Prime paga por la atención de salud y los servicios que obtiene si sigue las reglas del plan. Los siguientes cuidados de salud están cubiertos por nuestro plan:

- Los cuidados que recibe deben ser **beneficios del plan**. Esto significa que deben estar incluidos en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4, Sección D, de este manual).
- Los cuidados deben ser **médicamente necesarios**. Esto significa servicios que son razonables y necesarios:
 - o para el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad o lesión;
 - o para mejorar la función de una extremidad del cuerpo con una malformación;
 - o cuando sean médicamente necesarios conforme a la ley de Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- De acuerdo con la ley y la reglamentación de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben reunir las siguientes características:
 - o Son esenciales para prevenir, diagnosticar, evitar el agravamiento, aliviar, corregir o curar condiciones médicas que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidades o limitaciones en las actividades, amenazan con causar o empeorar una incapacidad o causan una enfermedad o debilidad.
 - o Se brindan en centros adecuados y con los niveles apropiados de atención para el tratamiento de sus condiciones médicas.
 - o Se prestan conforme a las normas de la práctica médica aceptadas.
- Usted debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya indicado la atención o que le haya indicado consultar a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - o En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina remisión del médico. Si no obtiene una aprobación, es posible que Wellcare Prime no cubra los servicios. No necesita una **remisión del médico** para acudir a determinados médicos especialistas, como un médico especialista en salud de la mujer. Si quiere obtener más información sobre las remisiones del médico, consulte la Sección D.
 - o Usted no necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o urgentemente necesaria ni para acudir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin una remisión del médico de su PCP. Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte la Sección D.
 - o Si quiere obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la Sección D1.
- **Debe recibir cuidado de los proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá el cuidado de los proveedores que no trabajan con el plan de salud. Estos son algunos casos donde esta regla no se aplica:
 - o El plan cubre atención de emergencia o atención de urgencia necesaria obtenida de un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información y saber qué significa atención de emergencia o atención médica urgentemente necesaria, consulte la Sección I.
 - o Si necesita cuidados cubiertos por nuestro plan, pero nuestros proveedores de la red no pueden dárselos, puede obtenerlos de un proveedor fuera de la red. Por lo general,



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

se requiere autorización previa del plan para los servicios fuera de la red. En este caso, cubriremos estos servicios sin costo alguno. Si quiere información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.

- o El plan cubre servicios de diálisis renal cuando usted está fuera del área de servicios del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no puede acceder a él durante un breve período de tiempo. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- o Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir consultando a los proveedores actuales durante 180 días, o hasta que hayamos completado su evaluación integral y creado un plan de transición que usted acepte. Si necesita seguir atendándose con sus proveedores fuera de la red después de los primeros 180 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor establece un acuerdo con nosotros para la atención de un único caso. Si usted se encuentra bajo un tratamiento en curso con un proveedor fuera de la red y cree que necesitará un acuerdo de caso único para continuar con el tratamiento, comuníquese con el coordinador de atención al número que figura en la parte inferior de la página.

C. Información sobre el coordinador de atención

El equipo de atención está compuesto por un coordinador de atención de Wellcare Prime, junto con cualquier otra persona que usted elija (como un familiar o un cuidador), sus proveedores y, principalmente, usted. Los coordinadores de atención se encargan de garantizar que usted obtenga los mejores resultados en la atención. Para garantizar que el coordinador de atención entienda sus necesidades de atención de salud, le hará preguntas sobre su atención de salud actual. De este modo, se asegurará de que usted reciba la coordinación de la atención adecuada. La coordinación de atención es la forma en que el equipo de atención trabaja con usted, su familia y sus proveedores para garantizar la coordinación de todas sus necesidades. Nuestros coordinadores de atención les proporcionan información a usted y a sus proveedores para asegurarse de que usted reciba el tratamiento más adecuado.

C1. Qué es un coordinador de atención

- El coordinador de atención lo ayuda a coordinar todos sus proveedores y servicios. El administrador de atención trabaja con su equipo de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención

- Puede ponerse en contacto con el coordinador de atención llamando al número que figura en parte inferior de la página.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

C3. Cómo cambiar de coordinador de atención

- Si por algún motivo quiere cambiar de coordinador de atención, puede solicitarlo a nuestro plan llamando al número que figura en parte inferior de la página.

D. Atención de proveedores de atención primaria, médicos especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir a un PCP para que proporcione y supervise su atención médica.

Qué es un “PCP” y qué hace por usted

Un proveedor de atención primaria (PCP) es el punto de entrada al sistema de atención de salud. Su PCP es responsable de brindar atención primaria, coordinar y supervisar las remisiones del médico a atención de médicos especialistas y mantener la continuidad de la atención.

Cuando se inscribe en nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. El PCP es un proveedor que cumple con los requisitos del estado para ser un PCP y está capacitado para proporcionarle atención médica básica. Como explicamos a continuación, obtendrá su atención básica o de rutina de su PCP.

Si Wellcare Prime es nuevo para usted, puede continuar consultando a sus médicos y mantener las autorizaciones de servicio actuales durante 180 días después de que se inscriba. Consulte el Capítulo 1, Sección F, para obtener más información.

Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes proveedores o, en determinadas circunstancias, puede ser incluso un médico especialista:

- Medicina familiar
- Medicina interna
- Medicina general
- Obstetra (OB, por sus siglas en inglés)- Ginecólogo (GYN, por sus siglas en inglés)
- Medicina geriátrica
- Personal de enfermería con práctica médica certificado (CNP)
- Centro de salud federalmente calificado (por sus siglas en inglés, FQHC) o clínica de salud rural (por sus siglas en inglés, RHC)

Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

del plan. Si es necesario, el PCP lo remitirá a otros médicos (médicos especialistas) o indicará que lo admitan en el hospital.

- El PCP determina qué especialistas y hospitales lo atenderán porque están asociados con ciertos médicos especialistas y hospitales de nuestra red.
- El PCP le proporcionará la mayor parte de la atención y lo ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como miembro a nuestro plan. Esto incluye:
 - Atención de médicos especialistas
 - Admisión en un hospital
 - Cuidado de seguimiento
 - Radiografías
 - Pruebas de laboratorio
 - Terapias

Coordinar los servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está funcionando. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP o médico especialista deberá solicitarnos una autorización previa (aprobación previa).

Dado que su PCP proporcionará y coordinará su cuidado médico, usted debe enviar al consultorio de su PCP todos sus expedientes médicos anteriores. En el Capítulo 8, Sección C, se explica cómo protegeremos la privacidad de sus expedientes médicos y su información de salud personal.

Una vez que esté inscrito en Wellcare Prime, su PCP, junto con usted y cualquier otra persona que usted elija (como un familiar o un cuidador), elaborará un plan de atención personalizado diseñado especialmente para usted. Su coordinador de atención trabajará con usted y su PCP para desarrollar su plan de atención y asegurarse de que reciba la atención que necesita. Su PCP es responsable de coordinar toda la atención médica y de recurrir a otros médicos especialistas, si es necesario. Su plan de atención incluirá todos los servicios que su PCP o el coordinador de atención haya autorizado para que usted reciba como miembro de Wellcare Prime. Su PCP o un miembro del equipo de coordinación de atención revisan y aprueban cualquier cambio en el plan de atención para asegurarse de que usted reciba la atención adecuada. Su PCP o el coordinador de atención reevalúan sus necesidades, por lo menos, cada 365 días o con más frecuencia si es necesario.

Su elección del PCP

Puede elegir a cualquiera de los PCP de la red que se enumeran en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. Revise nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores* o llame a Servicios al Miembro para elegir su PCP. Puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro llamando al número que figura en parte inferior de la página.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si el PCP que tiene ahora abandona la red de nuestro



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

plan, podemos ayudarlo a encontrar uno nuevo.

Si quiere cambiar su PCP, llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página. Se le emitirá otra tarjeta de identificación en la que figure el nuevo PCP. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Bajo ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar con la atención después de salir de nuestra red. Para obtener detalles específicos, comuníquese con Servicios al Miembro.

Servicios que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de acudir a otros proveedores. Esta aprobación se denomina remisión del médico. Puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores externos a la red.
- Atención de urgencia de proveedores de la red.
- Atención médica urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerla de un proveedor de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan).

NOTA: Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.

- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicios del plan. (Llame a Servicios al Miembro antes de dejar el área de servicios. Podemos ayudarlo a recibir servicios de diálisis cuando está lejos).
- Vacunas contra la influenza (gripe) y contra la COVID-19, así como las vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Atención de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye examen de mamas, mamografías de detección (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los realice un proveedor de la red.
- Además, si reúne los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígena, puede acudir a estos proveedores sin una remisión del médico.

D2. Atención de médicos especialistas y otros proveedores de la red



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Un médico especialista es un médico que ofrece servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. He aquí algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas son médicos que brindan cuidado a pacientes con ciertos problemas óseos, articulares o musculares.

El PCP le remitirá a la atención de especialistas cuando sea necesario. Luego, el médico especialista se comunicará con el plan de salud para obtener las autorizaciones previas necesarias.

Algunos tipos de servicios y artículos requerirán una aprobación por adelantado de nuestra parte (esto se denomina “autorización previa”). La autorización previa es un proceso de aprobación que se lleva a cabo antes de recibir determinados servicios. Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red le solicitará la autorización a nuestro plan. Profesionales de la salud calificados y con licencia supervisan el proceso de autorización previa y todas las decisiones de aprobación. Es muy importante hablar con su PCP antes de ver a un médico especialista o a determinados proveedores del plan (hay algunas excepciones, que incluyen atención de salud de rutina para mujeres, como explicamos antes en esta sección). El PCP puede ayudarlo a coordinar la visita al médico especialista. Si un médico especialista considera que usted necesita servicios especializados adicionales, el médico especialista solicitará autorización directamente a Wellcare Prime. Si quiere obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de beneficios que comienza en la Sección D del Capítulo 4 de este manual.

Si quiere visitar a médicos especialistas específicos, consulte si su PCP remite pacientes a esos médicos especialistas. El PCP del plan usa determinados médicos especialistas del plan para las remisiones porque están asociados con ciertos médicos especialistas y hospitales de nuestra red. Esto significa que el PCP que usted elija puede ayudar a determinar los médicos especialistas que usted puede consultar. Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento si quiere ver a un médico especialista del plan al que su PCP actual no lo remite. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en negrita en la Tabla de Beneficios. La Tabla de beneficios se encuentra en la Sección D del Capítulo 4 de este manual.

Consulte la sección anterior, “Cómo cambiar de PCP”, en la que brindamos información acerca de cómo cambiar de PCP. Si quiere acudir a hospitales específicos, debe averiguar si los médicos que consultará atienden en esos hospitales.

D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Un proveedor de la red que usted usa podría abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le informaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que disponga de tiempo para seleccionar uno nuevo.
 - o Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si se ha atendido con ese proveedor dentro de los últimos tres años.
 - o Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha consultado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor de la red calificado, quien continuará administrando sus necesidades de atención de salud.
- Si actualmente está llevando a cabo una terapia o tratamiento médico con su proveedor, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad de las terapias o tratamientos médicamente necesarios.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un médico especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para que le proporcione atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Por lo general, se requiere autorización previa del plan para los servicios fuera de la red.
- Si cree que no se reemplazó su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si usted se entera de que uno de sus proveedores abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros a fin de que podamos ayudarlo a buscar un proveedor nuevo y a administrar su atención. Llame a Servicios al Miembro al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Usted puede obtener servicios de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de servicios especializados no estén disponibles dentro de la red. Para que los servicios estén cubiertos por un proveedor fuera de la red, su proveedor de la red (generalmente, su PCP) debe solicitar autorización previa (aprobación por adelantado) a Wellcare Prime.

Intentaremos determinar si los servicios necesarios se encuentran disponibles dentro de nuestra red de médicos especialistas.

Si el servicio no se encuentra disponible dentro de la red de nuestro plan, se aprobará su solicitud. Es posible que existan ciertas limitaciones en la aprobación, como una consulta inicial, o un tipo o una cantidad de servicios específicos. Si los servicios del médico especialista se encuentran disponibles dentro de la red de nuestro plan, la solicitud de servicios fuera de la red puede denegarse por tratarse de “servicios disponibles en la red”. Al igual que con cualquier denegación podrá presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9, Sección E3, para obtener más información sobre las apelaciones.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, este deberá ser elegible para participar en Medicare o Healthy Connections Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare o Healthy Connections Medicaid.
- Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle 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 miembros de Wellcare Prime. La mayoría de los tratamientos para pacientes ambulatorios individuales que se describen en el Capítulo 4 están cubiertos a través de un proveedor de la red, con autorización previa. Si quiere obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, de este manual. Para obtener servicios de salud del comportamiento, comuníquese con su coordinador de atención o su PCP.

F. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS) lo ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Los LTSS pueden ayudarlo a realizar las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse y hacer la comida. La mayoría de estos



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

servicios se proporcionan en el hogar o en la comunidad, pero también podrían proporcionarse en un centro de convalecencia o en un hospital.

Los LTSS están disponibles para los miembros que participan en determinados programas de exención operados por la División de Atención a Largo Plazo de la Comunidad de Healthy Connections Medicaid. Estos programas de exención son los siguientes:

- Exención de Community Choices.
- Exención para HIV/AIDS.
- Exención para dependientes que necesitan ventilación mecánica.

Los miembros con diferentes exenciones pueden obtener distintas clases y cantidades de LTSS. Si considera que necesita LTSS, puede hablar con el coordinador de atención sobre cómo acceder a ellos y si puede inscribirse en una de estas exenciones. El coordinador de atención puede brindarle información acerca de cómo solicitar una exención adecuada y de todos los recursos que tiene disponibles conforme al plan.

Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para obtener más información sobre estos programas.

Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para miembros que no están inscritos en un programa de exención si su condición o diagnóstico los hace médicamente necesarios.

Si no está inscrito en un programa de exención, pero desea saber si califica para los LTSS, puede hablar con el coordinador de atención sobre cómo acceder a ellos y si puede unirse a una de estas exenciones. El coordinador de atención puede brindarle recursos disponibles de conformidad con nuestro plan e información acerca de cómo solicitar una exención adecuada.

G. Cómo obtener atención dirigida por el paciente

G1. Qué es la atención dirigida por el paciente

La atención dirigida por el paciente permite a los miembros de Wellcare Prime contratar a sus propios asistentes o proveedores de cuidado personal. El miembro (la persona que recibe los servicios de un asistente, el miembro de Wellcare Prime o el sustituto) es el empleador del asistente de cuidado personal o del proveedor y es plenamente responsable de contratar, citar, capacitar y, si es necesario, despedir al asistente. El miembro también puede elegir tener un sustituto que lo ayude a elegir sus servicios de asistente de cuidado personal.

G2. Quién puede obtener atención dirigida por el paciente

La atención dirigida por el paciente se encuentra disponible para todos los miembros a la exención de Wellcare Prime. Esta atención puede estar disponible para miembros que no están inscritos en un programa de exención si su condición o diagnóstico la hace médicamente necesaria.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de cuidado personal

La atención dirigida por el paciente requiere autorización previa (aprobación por adelantado). Para acceder a este tipo de atención, póngase en contacto con su coordinador de atención. El coordinador de atención le proporcionará lo siguiente:

- una explicación clara de que la dirección de los servicios del asistente para atención personal por el paciente es voluntaria y que el alcance de la dirección del miembro es decisión de este;
- una explicación clara de las opciones para seleccionar cuidado personal de una agencia o apoyo dirigidos por el paciente;
- una descripción general del apoyo y los recursos disponibles para ayudar a los miembros a participar en la dirección de su propia atención en la medida deseada.

H. Cómo obtener servicios de transporte

Si necesita información acerca de los servicios de transporte, comuníquese con el coordinador de atención o el administrador de casos de exención. Puede comunicarse con el coordinador de atención llamando al número que figura en parte inferior de la página.

Además de la asistencia para el transporte que proporciona Wellcare Prime, puede comunicarse con ModivCare al 1-866-910-7684, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre

I1. Atención si tiene una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor intenso o lesiones graves. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de la salud y medicina podrían esperar que tenga las siguientes consecuencias:

- un riesgo grave para su salud;
- un daño grave a las funciones corporales; o
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted **no** necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que consulte a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.
- **Asegúrese de informar a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos hacer un seguimiento de sus cuidados de emergencia. Usted u otra persona deberían llamar para informarnos acerca de sus cuidados de emergencia, por lo general dentro de las 48 horas. No obstante, usted no tendrá que pagar por servicios de emergencia en caso de una demora en informarnos. Puede ponerse en contacto con su coordinador de atención llamando al número que figura en parte inferior de la página.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Puede recibir cobertura de atención de emergencia en cualquier momento que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Sin embargo, Medicare y nuestro plan no cubren atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Si quiere obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Sus proveedores de atención de emergencia decidirán cuándo su condición está estable y cuándo finaliza la emergencia médica. Ellos seguirán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Una vez que finalice la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurarse de recuperarse. Si recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible. Si el proveedor que lo trata por una emergencia se encarga de la emergencia, pero considera que usted necesita otra atención médica para tratar el problema que dio lugar a la emergencia, el proveedor debe llamar a su coordinador de atención al número que figura en la parte inferior de la página. Si notifica a su coordinador de atención, se asegurará de obtener la atención de seguimiento necesaria para estabilizar su condición o para evitar que vuelva a manifestarse.

Qué debe hacer si tiene una emergencia relacionada con la salud del comportamiento

Si tiene una emergencia relacionada con la salud del comportamiento:



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su PCP.
- **Asegúrese de informar a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos hacer un seguimiento de sus cuidados de emergencia. Usted u otra persona deberían llamar para informarnos acerca de sus cuidados de emergencia, por lo general dentro de las 48 horas. No obstante, usted no tendrá que pagar por servicios de emergencia en caso de una demora en informarnos. Puede ponerse en contacto con su coordinador de atención llamando al número que figura en parte inferior de la página.

Servicios cubiertos en una emergencia de salud del comportamiento

Puede recibir cobertura de atención de emergencia en cualquier momento que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Sin embargo, Medicare y nuestro plan no cubren atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Si quiere obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia. Dichos médicos nos indicarán cuando finalice la emergencia médica.

Una vez que finalice la emergencia, es posible que necesite cuidado de seguimiento para asegurarse de recuperarse. Hablaremos con su proveedor para asegurarnos de que usted reciba la atención de seguimiento que necesita. Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible. Si el proveedor que lo trata por una emergencia se encarga de la emergencia, pero considera que usted necesita otra atención médica para tratar el problema que dio lugar a la emergencia, el proveedor debe llamar a su coordinador de atención al número que figura en la parte inferior de la página. Si notifica a su coordinador de atención, se asegurará de obtener la atención de seguimiento necesaria para estabilizar su condición o para evitar que vuelva a manifestarse.

Nota: Si está de viaje, Medicare y nuestro plan no cubren la atención de salud del comportamiento de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si obtiene atención de emergencia cuando no se trata de una emergencia

En algunas ocasiones, puede ser difícil identificar una emergencia médica o de salud conductual. Puede ir al médico para recibir atención de emergencia que el médico le diga que no se trata de una verdadera emergencia. Siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en peligro grave, cubriremos su atención.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Sin embargo, una vez que el médico indica que no fue una emergencia, cubriremos el cuidado adicional solo en los siguientes casos:

- es atendido por un proveedor de la red; **o**
- si el cuidado adicional que recibe se considera “cuidado urgentemente necesario” y usted sigue las reglas para recibirlo. (Consulte la siguiente sección).

12. Atención urgentemente necesaria

Definición de atención urgentemente necesaria

La atención requerida de urgencia es la atención que se obtiene de una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, podría tener un brote de una condición existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención urgentemente necesaria cuando se encuentra en el área de servicios del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos el cuidado urgentemente necesario solo si cumple con estas condiciones:

- usted obtiene este cuidado de un proveedor de la red; **y**
- usted cumple las demás normas descriptas en este capítulo.

Sin embargo, si no es posible o razonable obtener la atención de un proveedor de la red debido al tiempo, al lugar o a las circunstancias, cubriremos la atención médica urgentemente necesaria que obtiene de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a servicios urgentemente necesarios, debe dirigirse al centro de atención de urgencia más cercano que esté abierto. Si busca atención urgentemente necesaria en nuestra área de servicios, debe consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para ver una lista de los centros de atención urgentemente necesaria en la red de su plan o visitar mmp.absolutetotalcare.com/benefits/find-a-doctor-or-pharmacy.html.

Atención urgentemente necesaria cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicios del plan, es posible que no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En este caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención médica urgentemente necesaria ni ningún otro servicio que reciba fuera de los Estados Unidos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

I3. Atención en caso de desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran a su área geográfica en estado de desastre o emergencia, usted tendrá derecho a recibir atención de Wellcare Prime, incluso en esa situación.

Si quiere información sobre cómo obtener atención necesaria en caso de desastre declarado, visite nuestro sitio web, mmp.absolutetotalcare.com.

Durante un desastre declarado, si no puede consultar a un proveedor de la red, le permitimos obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. En caso de que no pueda acceder a una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para obtener más información.

J. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan

No pague directamente por servicios cubiertos por Healthy Connections Medicaid.

Si un proveedor le envía una factura en vez de enviarla al plan, puede solicitarnos que paguemos la factura.

Si usted le paga al proveedor, no podemos reembolsarle el monto, pero lo hará el proveedor. Servicios al Miembro o la Defensoría de Healthy Connections Prime pueden ayudarlo a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página y el Capítulo 2, Sección I, para obtener los números de teléfono.

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que nuestro plan no pueda hacerle un reembolso.

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte la Sección A del Capítulo 7 para saber qué hacer.

J1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios

Wellcare Prime cubre todos los servicios que cumplen con lo siguiente:

- sean médicamente necesarios; **y**
- se detallen en la Tabla de beneficios del plan (consulte el la Sección D del Capítulo 4), **y**
- que usted reciba al cumplir las normas del plan.

Si obtiene servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **debe pagar el costo completo usted mismo.**



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Si desea saber si pagaremos por algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a preguntar por escrito. Si le informamos que no pagaremos los servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9, Sección D, explica qué debe hacer si quiere que el plan cubra servicios o artículos médicos. También se indica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. Además, puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información sobre el derecho de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, deberá pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios al Miembro para averiguar cuáles son los límites y cuán cerca se encuentra de llegar a ellos.

Nuestro plan no está autorizado a reembolsar a los miembros por los beneficios cubiertos por Healthy Connections Medicaid. Si tiene preguntas acerca de los beneficios cubiertos por Healthy Connections Medicaid, puede comunicarse con Healthy Connections Medicaid (consulte el Capítulo 2, Sección H) o llamar a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página.

K. Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado ensayo clínico) es la forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente pide voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio en el que quiere participar, una persona que trabaja en él se pondrá en contacto con usted. Esta persona le informará sobre el estudio y evaluará si usted califica para participar en él. Usted puede permanecer en el estudio siempre que reúna las condiciones necesarias. Además debe comprender y aceptar lo que debe hacer durante el estudio.

Mientras esté en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De esta forma, continúa obteniendo la atención que no está relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención *primaria*. Los proveedores que le proporcionan cuidado como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacionales que requieren cobertura con el desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Sin embargo, lo animamos a que nos informe antes de comenzar la participación en un estudio de investigación clínica. Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su Coordinador de Atención deben comunicarse con Servicios al Miembro para informarnos que estará en un ensayo clínico.

K2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estará cubierto para la mayoría de los productos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- Habitación y comidas para una hospitalización que Medicare hubiera pagado incluso si usted no estuviese participando en un estudio.
- Una cirugía u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones del nuevo tratamiento.

Si participa de un estudio que Medicare no ha **aprobado**, deberá pagar los costos que implica esa participación.

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información acerca de la inscripción en estudios de investigación clínica leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” (Estudios de investigación clínica y de Medicare) en el sitio web de Medicare

(www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud

L1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que proporciona el cuidado que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada es contrario a sus creencias religiosas, cubriremos los cuidados que reciba en una institución religiosa de este tipo.

Este beneficio solo se aplica a los servicios para pacientes hospitalizados de Medicare Part A



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

(servicios de atención de salud no médicos).

L2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud

Para recibir la asistencia de una institución religiosa de este tipo, debe firmar un documento legal que exprese que usted no desea recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- Un tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención que es voluntaria y no exigida por ninguna ley local, estatal o federal.
- Un tratamiento médico "exceptuado" es cualquier atención que no es voluntaria y se exija conforme a las leyes locales, estatales o federales.

Para tener la cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica de atención de la salud debe reunir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si los servicios que recibe de esta institución se prestan en un centro, se aplicará lo siguiente:
 - o Usted debe tener un problema de salud que le permitiría acceder a servicios cubiertos de internación en un hospital o un centro de enfermería especializada.
 - o Debe obtener la aprobación de nuestro plan para que lo admitan en el centro, de lo contrario, la internación no estará cubierta.

Se cubre la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados si el plan lo autoriza. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME para el miembro de nuestro plan

El DME incluye determinados artículos solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Ciertos artículos, como las prótesis, siempre serán de su propiedad.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

En esta sección, hablaremos del DME que debe alquilar. Nuestro plan alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted, como miembro a Wellcare Prime, por un máximo de 10 meses. En algunos casos, es posible que sean 13 meses. Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo de DME a usted y se considerará comprado. Nuestro plan no paga las tarifas de mantenimiento. Llame al Departamento de Servicios al Miembro para obtener más información al respecto.

M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

Si alquila DME, debe considerar otros aspectos si decide cambiarse a Original Medicare o a un plan Medicare Advantage.

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede fijar la cantidad de meses durante los cuales las personas deben alquilar determinados tipos de DME antes de convertirse en sus propietarios.

Nota: Puede encontrar definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede obtener más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2025*. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtener una en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o solicitarla al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos a Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos que fije el plan Medicare Advantage para ser propietario del DME en los siguientes casos:

- No obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo inscrito en nuestro plan; **y**
- abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el DME mientras estaba afiliado a Original Medicare o a un plan Medicare Advantage antes de haberse afiliado a nuestro plan, **esos pagos que realizó a Original Medicare o al plan Medicare Advantage no cuentan como parte de los pagos que necesita hacer después de abandonar nuestro plan.**

- Tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos a Medicare Original, o la cantidad de pagos consecutivos nuevos que fije el plan Medicare Advantage, para ser propietario del DME.
- No se hacen excepciones a este requisito si regresa a un plan Original Medicare o Medicare Advantage.

M3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para obtener equipos de oxígeno cubiertos por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- alquiler de equipos de oxígeno;
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno.

Deberá devolver el equipo de oxígeno cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si usted abandona nuestro plan.

M4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **abandona nuestro plan y cambia a Original Medicare**, usted deberá alquilarlo a un proveedor durante 36 meses. Los pagos del alquiler mensual cubren el equipo de oxígeno y los suministros, y los servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, sucederá lo siguiente:

- el proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante 24 meses más;
- el proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno y los suministros por hasta 5 años, en caso de que sea médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**, sucederá lo siguiente:

- el proveedor ya no está obligado a proporcionarlo y usted puede optar por obtener un reemplazo del equipo de cualquier proveedor;
- comienza un nuevo período de 5 años;
- usted alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses;
- luego, el proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante 24 meses más;
- cada 5 años comienza un nuevo ciclo, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y cambia a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá, como mínimo, lo que cubre el plan Original Medicare. Puede preguntar en su plan Medicare Advantage qué equipo de oxígeno y qué suministros están cubiertos y cuáles serán los costos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

En este capítulo, se informa sobre los servicios que Wellcare Prime cubre y sobre las restricciones o los límites que tienen esos servicios. También se informa sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Los servicios cubiertos	59
A1. Durante emergencias de salud pública	59
B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios	59
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	59
D. La Tabla de Beneficios	62
E. Servicios de exención operados por la Atención a Largo Plazo de la Comunidad que paga nuestro plan	113
F. Beneficios cubiertos fuera de Wellcare Prime.....	115
F1. Atención para pacientes enfermos terminales.....	115
F2. Servicios dentales.....	116
F3. Transporte médico que no sea de emergencia	116
G. Beneficios que no están cubiertos por Wellcare Prime, Medicare ni Healthy Connections Medicaid	116



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

A. Los servicios cubiertos

Este capítulo le indica los servicios que paga Wellcare Prime. También puede informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5, Sección A. En este capítulo, también se explican los límites en algunos servicios.

Debido a que usted obtiene asistencia de Healthy Connections Medicaid, no tiene que pagar sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender cuáles son los servicios cubiertos, llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página.

A1. Durante emergencias de salud pública

Wellcare Prime seguirá todas y cada una de las directrices estatales o federales relacionadas con una emergencia de salud pública (PHE). Durante una PHE, el plan proporcionará toda la cobertura necesaria para nuestros miembros. La cobertura puede variar según los servicios recibidos y la duración de la PHE. Visite nuestro sitio web para obtener más información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una PHE en mmp.absolutetotalcare.com/important-notifications.html o comuníquese con Servicios al Miembro. Puede comunicarse con Servicios al Miembro llamando al número que figura en la parte inferior de la página.

B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios

No permitimos que los proveedores de Wellcare Prime le facturen los servicios cubiertos. Nosotros pagamos directamente a los proveedores, y le evitamos cualquier gasto. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si recibe una factura, consulte el Capítulo 7, Sección A, o llame a Servicios al Miembro.

C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

En la Tabla de Beneficios en la Sección D, se indican los servicios que paga el plan. Se enumeran las categorías de servicios en orden alfabético y se detallan los servicios cubiertos.

Pagaremos los servicios detallados en la Tabla de Beneficios solo cuando se sigan las reglas que explicamos a continuación.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid deben ser provistos según las reglas establecidas por Medicare y Healthy Connections Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesarios” significa que los servicios son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión, para mejorar la función de una extremidad del cuerpo con una malformación, o son médicamente necesarios conforme a la ley de Medicare. De acuerdo con la ley y la reglamentación de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben tener como objetivo prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o mantener el estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención que evita que vaya a un hospital o centro de convalecencia. También significa que los servicios, suministros, o medicamentos cumplen con los estándares aceptados para el ejercicio de la medicina. Los servicios también deben suministrarse en un centro apropiado para su condición médica y cumplir con los estándares generalmente aceptados de atención médica.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, encontrará más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Si es nuevo en el plan, le proporcionaremos un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el plan no requerirá autorización previa para ningún ciclo de tratamiento activo, incluso si fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o un equipo de atención que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina remisión del médico. En el Capítulo 3, Sección D, se brinda más información sobre cómo obtener una remisión del médico y las situaciones en las que no necesita obtenerla.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir consultando a los proveedores actuales durante 180 días, o hasta que hayamos completado su evaluación integral y creado un plan de transición que usted acepte. Si necesita seguir atendiéndose con sus proveedores fuera de la red después de los primeros 180 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor establece un acuerdo con nosotros para la atención de un único caso. Un acuerdo de caso único es una excepción que consiste en tratar al proveedor como si fuera un proveedor de la red. Si usted se encuentra bajo un tratamiento en curso con un proveedor fuera de la red y cree que necesitará un acuerdo de caso único para continuar con el



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.


tratamiento, comuníquese con el coordinador de atención al número que figura en la parte inferior de la página.

- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). Los servicios cubiertos que necesitan PA están marcados en negrita en la Tabla de beneficios.
- Todos los *servicios preventivos son gratuitos*. Verá esta manzana 🍏 al lado de los *servicios preventivos en la Tabla de Beneficios*.




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

D. La Tabla de Beneficios

Servicios generales que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Examen de ultrasonido con fines de diagnóstico, por única vez, para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de diagnóstico si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
	<p>Acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico</p> <p>El plan pagará hasta 12 consultas dentro de 90 días si tiene lumbalgia crónica que se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de una duración de 12 semanas o más; • no específica (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociada con enfermedades infecciosas, inflamatorias o metastásicas); • No está relacionado con una cirugía. <p>El plan pagará 8 sesiones adicionales si mejora. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben abandonarse si no mejora o si empeora.</p>	\$0






Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol</p> <p>Se cubrirá una evaluación del consumo indebido de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de este.</p> <p>Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación), proporcionadas por un proveedor de atención primaria calificado o un profesional en el ámbito de la atención primaria.</p> <p>También puede obtener servicios de rehabilitación y recuperación centrados en desarrollar su capacidad para lidiar con el problema, que lo ayudarán a manejar los síntomas y el comportamiento. Estos servicios pueden llevarse a cabo en forma individual o grupal.</p>	\$0
	<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia por tierra y por aire (avión y helicóptero). La ambulancia le trasladará hasta el lugar más cercano donde pueda recibir atención.</p> <p>Su condición debe ser lo suficientemente grave hasta el punto en que otras formas de trasladarse hasta un lugar de asistencia pudieran poner en peligro su vida o su salud.</p> <p>Los servicios de ambulancia para otros casos deben estar aprobados por el plan.</p> <p>En casos que no sean emergencias, el plan puede pagar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave hasta el punto en que otras formas de trasladarse hasta un lugar de asistencia pudieran poner en peligro su vida o su salud.</p>	\$0 Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado) para utilizar servicios de ambulancia para casos que no son emergencias. Comuníquese con el plan para obtener más información.






Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha estado en Medicare Part B durante más de 12 meses, puede obtener una revisión anual. Esta revisión es para crear o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Se cubrirá este chequeo una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No puede hacer su primer control anual dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Se le cubrirán los controles anuales una vez que haya tenido la cobertura de la Parte B durante 12 meses. No es necesario que haya realizado primero la consulta de "Bienvenida a Medicare".</p>	\$0
 <p>Medición de masa ósea</p> <p>Se cubrirán algunos procedimientos para miembros que califiquen (en general, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, determinan la pérdida ósea, y detectan la calidad ósea.</p> <p>Se cubrirán estos servicios una vez cada 24 meses, con más frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también pagará a un médico que observe y comente sobre los resultados.</p>	\$0
 <p>Detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía de diagnóstico cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante; • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	\$0
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Se cubrirán los servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con algunas condiciones, con la indicación de un médico.</p> <p>El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que suelen ser más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>Se cubrirá una visita por año con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de una enfermedad cardíaca. Durante esta consulta, su médico podrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • discutir el uso de aspirinas, • controlar su presión arterial, o • darle pautas para asegurarse de que esté alimentándose bien. 	\$0
	<p>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>Se cubrirán los análisis de sangre para controlar una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan irregularidades debidas a un alto riesgo de enfermedad cardiovascular.</p>	\$0
	<p>Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para las mujeres que tienen un riesgo alto de cáncer de cuello uterino o de cáncer vaginal: un examen de Papanicolaou cada 12 meses. 	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna para corregir la alineación. • Otros servicios quiroprácticos que sean médicamente necesarios. <ul style="list-style-type: none"> ○ Para que se cubran otros servicios quiroprácticos, usted debe tener una condición neuromuscular importante. • Los servicios quiroprácticos para enfermedades que no estén directamente relacionadas con la columna vertebral, como la artritis reumatoide, la distrofia muscular, la esclerosis múltiple (MS), la neumonía y el enfisema, no están cubiertos. 	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de cáncer colorrectal</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) en pacientes que no presentan un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa en pacientes que no presentan un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan un alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de diagnóstico. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba multidiana de DNA en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia en pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o la última colonoscopia de diagnóstico. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presentan un alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de diagnóstico o sigmoidoscopia flexible de diagnóstico. <p>Los análisis de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo en una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare.</p>	\$0





Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Orientación para dejar de fumar</p> <p>Si usted consume tabaco pero no tiene síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es sin cargo para usted. Cada intento de asesoramiento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales. <p>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o toma medicamentos cuyo efecto pueda verse afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales. 	\$0
<p>Servicios dentales</p> <p>Wellcare Prime cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos maxilofaciales • Procedimientos dentales relacionados con lo siguiente: • trasplante de órganos; • oncología; • radiación en la cabeza o el cuello para tratar el cáncer; • quimioterapia para tratar el cáncer; • reemplazo total de una articulación; • reemplazo de una válvula cardíaca; • tratamiento de un traumatismo en un hospital o centro de cirugía ambulatoria. <p>Nosotros pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta a la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Detección de depresión</p> <p>Se cubrirá un examen de detección de depresión una vez al año. El examen de diagnóstico se debe realizar en un centro de atención primaria que pueda proporcionar un tratamiento de seguimiento y remisiones del médico.</p>	\$0
	<p>Detección de diabetes</p> <p>Se cubrirá el examen de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión); • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia); • obesidad; • antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). <p>Los exámenes podrán cubrirse en otros casos, por ejemplo en caso de que usted tenga sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede calificar para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (dependientes de insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucemia, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ un monitor de glucemia; ○ tiras reactivas para glucemia; ○ lanceteros y lancetas; ○ soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave, se cubrirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (con las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario; ○ un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos). <p>El plan también pagará el ajuste de los zapatos terapéuticos hechos a medida o los zapatos profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirá la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes, en algunos casos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted es elegible para los servicios para el control de la diabetes si su proveedor determina que esto lo ayudará. ○ Podrá recibir hasta 10 horas de educación sobre diabetes a lo largo de su vida. <p>El glucómetro y los suministros para diabéticos se limitan a productos OneTouch™ de Lifescan cuando se obtienen en una farmacia. No se cubren otras marcas, a menos que cuenten con autorización previa.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero o “DME”, consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Los siguientes artículos están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas; • muletas; • colchones de sistema eléctrico; • suministros para diabéticos; • camas de hospital, solicitadas por el proveedor para utilizarse en el hogar; • bombas de infusión intravenosa (IV); • dispositivos generadores del habla; • equipos y suministros de oxígeno; • nebulizadores; • andadores. <p>Es posible que cubramos otros artículos.</p> <p>Pagaremos todo el DME médicamente necesario que generalmente pagan Medicare y Healthy Connections Medicaid. Si nuestro proveedor no abastece a su área con una marca o fabricante en particular, usted podrá pedirle que le envíen el producto.</p> <p>Nuestro plan alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted, como miembro a Wellcare Prime, por un máximo de 10 meses. En algunos casos, es posible que sean 13 meses. Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo de DME a usted y se considerará comprado.</p> <p>Nuestro plan no paga las tarifas de mantenimiento.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia comprende los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor grave o lesiones graves. La condición es tan grave que en caso de no recibir atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resultase en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud; • un daño grave a las funciones corporales; o • una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. <p>Los servicios de emergencia solo están cubiertos si los obtiene dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado para pacientes internados después de estabilizar su emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante para la atención de hospitalización únicamente si el plan lo aprueba.</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar.</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen de planificación familiar y tratamiento médico; • exámenes de laboratorio y diagnóstico en planificación familiar; • métodos de planificación familiar; • suministros para planificación familiar con receta médica (condones); • orientación y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (STI), HIV/AIDS y otras enfermedades relacionadas con el HIV; • tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI); • esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización; deben pasar al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía). <p>El plan también pagará otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red del plan sobre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento para condiciones médicas que causan infertilidad; • tratamiento para el AIDS y otras enfermedades relacionadas con el HIV; • prueba genética 	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</p> <p>El plan cuenta con una variedad de programas de educación sobre la salud y el bienestar, actividades para los miembros y sus familiares, y para otros cuidadores informales. Estos son algunos ejemplos de los temas que cubren estos programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol de condiciones crónicas • Tratamiento para dejar de fumar • Prevención de caídas • Apoyo para cuidadores • Nutrición • Abuso de alcohol y drogas • Control de sus medicamentos • Condición física <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan ofrece un reembolso de hasta \$250 por año para los miembros elegibles para membresías a gimnasios y clases de acondicionamiento físico. • Planificación con respecto una enfermedad • Preparación para emergencias • Educación para la salud • Evaluación de seguridad en el hogar • Servicios de telecontrol • Equipos de telecontrol para supervisar el peso, la presión arterial, el oxígeno en sangre y los niveles de glucosa de los miembros • Línea de Consultas con Enfermeras. Se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. • Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta • Control de enfermedades, como los programas para el control de la diabetes 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para la audición</p> <p>Se cubrirán los exámenes auditivos y del equilibrio realizados por su proveedor. Estas pruebas le indicarán si necesita o no tratamiento médico. Se cubren como atención ambulatoria cuando las realice un médico, audiólogo, u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de audición de rutina por año calendario. • Una evaluación/ajuste de audífonos por año calendario. • Un audífono por año calendario. El plan ofrece un reembolso de hasta \$1,250 del monto de cobertura máximo del plan por año calendario para audífonos. <p>Si tiene un implante coclear o un audífono implantado quirúrgicamente, se cubrirán los repuestos necesarios.</p>	\$0
<p> Detección del HIV</p> <p>El plan paga un examen de detección del HIV cada 12 meses para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soliciten una prueba de detección del HIV, o • presenten alto riesgo de contraer HIV. <p>Los miembros que tengan HIV o AIDS pueden obtener servicios adicionales uniéndose a un programa de exención de Atención a Largo Plazo de la Comunidad (CLTC). Consulte el Capítulo 3, Sección F, para obtener más información sobre los servicios para miembros que califican.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados brindados por una agencia de atención médica en el hogar</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de atención médica a domicilio, un médico debe decirnos que los necesita y una agencia de salud en el hogar debe proporcionarlos.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio, de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos conforme al beneficio de atención de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana); • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; • servicios médicos y sociales; • equipos y suministros médicos (por ejemplo, suministros para la incontinencia). 	<p>\$0</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El plan pagará por la terapia de infusión en el hogar, definida como la terapia en que se administran medicamentos o sustancias biológicas por vena o se aplican debajo de la piel, y que se realiza en el hogar. Para realizar la infusión en el hogar se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o la sustancia biológica, como antiviral o inmunoglobulina; • el equipo, como una bomba; • suministros, como tubos o catéter. <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación de los miembros no incluidas en el beneficio de DME; • control a distancia; • servicios de control para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar que se hayan proporcionado mediante un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. 	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención para pacientes enfermos terminales</p> <p>Usted tiene derecho a seleccionar un centro para la atención de enfermos terminales en caso de que su proveedor y el director médico del centro determinen que su pronóstico es terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es como máximo de seis meses. Puede obtener atención de cualquier Programa de Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un Programa Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare. Su médico de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red</p> <p>Se cubrirá lo siguiente mientras obtiene los servicios para enfermos terminales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para el tratamiento sintomático y del dolor; • cuidado de relevo de corto plazo; • cuidados domiciliarios. <p>Los servicios para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección G de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por Wellcare Prime que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A través de Wellcare Prime, se cubrirán los servicios del plan que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B. Se cubrirán los servicios, ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. Usted no paga estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Part D de Wellcare Prime:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3. 	<p>Cuando se inscribe en el programa de un centro para pacientes terminales certificado por Medicare, Original Medicare, no Wellcare Prime, paga sus servicios para enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Nota: Si necesita atención que no está relacionada con la atención para pacientes terminales, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es atención para pacientes terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Para ponerse en contacto con su coordinador de atención, llame al número que figura en la parte inferior de la página.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre servicios de consulta sobre atención para pacientes terminales (por única vez) para un paciente con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de atención para pacientes terminales. 	
<p> Inmunizaciones</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacuna contra la neumonía; • vacunas contra la influenza (gripe), una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias; • vacuna contra la hepatitis B, si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B; • Vacuna contra la COVID-19 • otras vacunas si es una persona en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part B. <p>Se cubrirán otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Healthy Connections Medicaid o Medicare Part D. Consulte el Capítulo 6, Sección D, para obtener más información.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Suministros para la incontinencia</p> <p>Se cubrirán los suministros para la incontinencia si su médico considera que los necesita. La cantidad y la frecuencia de los suministros se determinarán según su nivel de incontinencia.</p>	<p>\$0</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Copago de \$0 por los suministros para la incontinencia cubiertos solo por Healthy Connections Medicaid.</p>
<p>Terapia de infusión</p> <p>Se cubren las bombas de infusión (y algunos medicamentos que se usan en las bombas de infusión) si el médico le indica que las use en su hogar.</p> <p>Si no quiere recibir la terapia de infusión en el consultorio del médico o en el hospital, puede acudir a un centro de infusión. Para obtener una lista de centros de infusión, consulte el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>. En un centro de infusión puede obtener los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • quimioterapia; • hidratación; • inmunoglobulina intravenosa (IVIG); • sangre y productos sanguíneos; • antibióticos • punción lumbar/intratecal; • inhalación; • flebotomía terapéutica. <p>Habrán un médico disponible en el centro de infusión en caso de que ocurran emergencias médicas.</p>	<p>\$0</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de hospitalización</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria); • comidas, incluidas dietas especiales; • servicios de enfermería regular; • costos de unidades de atención especial, tales como unidades de cuidados intensivos o atención coronaria; • fármacos y medicamentos; • pruebas de laboratorio; • Radiografías y otros servicios de radiología • suministros quirúrgicos y médicos que se requieran; • artefactos, tales como sillas de ruedas; • servicios de quirófano y habitaciones de recuperación; • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; • servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados; • sangre, incluido su almacenamiento y administración; • servicios médicos; • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre, e intestino/vísceras múltiples. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo la atención de pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que la emergencia esté bajo control.</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicios. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tarifas de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante en un lugar local o en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad.</p> <p>Si Wellcare Prime le proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Si existen servicios de trasplante disponibles en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, Wellcare Prime no cubrirá el transporte y el alojamiento.</p>	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización. • Hay un límite de por vida de 190 días para atención de salud mental proporcionada en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Una vez utilizados los 190 días, estos servicios están disponibles en un centro para trastornos mentales (por sus siglas en inglés, IMD). <ul style="list-style-type: none"> ○ Un IMD es una institución que se dedica principalmente a ofrecer diagnóstico, tratamiento o atención para personas con trastornos mentales, que incluye atención médica, cuidados de enfermería y servicios relacionados. ○ La designación de un centro como IMD está determinada por su naturaleza, es decir, que 	<p>\$0</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>sea una institución establecida y mantenida principalmente para la atención y el tratamiento de personas con trastornos mentales.</p>	
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización sin cobertura</p> <p>Si su hospitalización no es razonable ni necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, se cubrirán los servicios que obtiene mientras se encuentra en el hospital o en un centro de convalecencia. Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios médicos; • exámenes de diagnóstico, como pruebas de laboratorio; • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y los servicios de los técnicos • apósitos quirúrgicos. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización sin cobertura (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • Prótesis y aparatos ortopédicos que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> ○ reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente); ○ reemplazan todo o parte de la función de un órgano interno que no funciona o que funciona de manera incorrecta. • Aparatos ortopédicos de pierna, brazo, espalda y cuello, armaduras y ojos, brazos y piernas artificiales. Incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	





Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones fundamentadas sobre su atención. <ul style="list-style-type: none"> ○ Debe tener una enfermedad renal crónica en estadio IV y su médico debe derivarlo. ○ El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicios, como se explica en el Capítulo 3, Sección B, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial. • Capacitación en autodiálisis, incluida capacitación para usted y otras personas que lo ayuden con sus tratamientos de diálisis en el domicilio. • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Determinados servicios de apoyo domiciliario, tales como las visitas necesarias por trabajadores capacitados en diálisis para verificar cómo se realiza la diálisis en el hogar, para ayudarlo en caso de emergencia, y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de Medicare Part B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B” en esta tabla.</p>	<p>\$0</p>




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará el examen de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años. y • Tiene una visita de orientación y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado. y • Ha fumado, al menos, un paquete por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después del primer examen, el plan pagará otro examen cada año con un pedido por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
 <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo indica el médico.</p> <p>Se cubrirán tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Con posterioridad, cubrimos servicios de asesoramiento individual de dos horas de duración. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden médica todos los años si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará por los servicios de MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarte a aumentar el comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio nutricional a largo plazo; y • aumento de la actividad física; y • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	<p>\$0</p>
<p>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Part B. Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia escalonada, lo que significa que primero deberá probar un medicamento diferente con el objetivo de ver si este es efectivo para usted. Wellcare Prime cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o de un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un elemento de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para el alzhéimer, Leqembi (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV). • Los factores de coagulación que se administra usted mismo con inyecciones, si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores y para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si pagó el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre, en el caso de que haya estado inscrito en Medicare Part A en el momento del trasplante de órgano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos están cubiertos si usted está confinado en su hogar, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona con la instrucción correspondiente (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

<p>Medicamentos recetados de Medicare Part B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que nuevos medicamentos orales para el cáncer estén disponibles, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utiliza como parte del régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, a las 48 horas o dentro de las 48 horas posteriores, o si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B para la ESRD lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit® Epoetin Alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades primarias de inmunodeficiencia. • Nutrición parenteral y enteral (por vía IV y por sonda). <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	
--	--




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Part B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> En el siguiente enlace, encontrará una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://mmp.absolutetotalcare.com/mmp/resources.html. <p>También cubrimos algunas vacunas por medio de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Medicare Part B y Medicare Part D.</p> <p>En el Capítulo 5, Sección A, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las normas que usted debe seguir para que se cubran sus recetas.</p> <p>En el Capítulo 6, Sección C, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	
<p>Atención en un centro de convalecencia</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios enfermería: todos los servicios de enfermería para cubrir las necesidades integrales del residente. Servicios especiales: ayuda de trabajadores sociales, actividades planificadas y varias terapias. Servicios personales: asistencia para alimentarse, vestirse, usar el baño, asearse, etc. Habitación y alojamiento: alojamiento semiprivado o de menor bajo custodia. Equipo de seguridad y para tratamiento: sillas de ruedas, equipo de infusión, silla con retrete, etc. Medicamentos: medicamentos de venta libre (excepto la insulina). Suministros médicos y oxígeno: oxígeno, equipo para terapia de inhalación, catéteres, apósitos, etc. <p>Los servicios que no están cubiertos incluyen los servicios de médicos, análisis de laboratorio o rayos X, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados o ambulatorios, medicamentos que requieren receta médica, etc.</p> <p>Tenga en cuenta que la atención en centros de enfermería especializada (SNF) se describe en una categoría separada de esta tabla.</p>	<p>Comuníquese con su coordinador de atención para saber si necesitará contribuir para cubrir su atención en un centro de convalecencia.</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de transición de un centro de convalecencia</p> <p>Hay disponibles servicios de transición si está en un centro de convalecencia y quiere volver a vivir en su comunidad. Estos servicios son útiles si tiene una discapacidad o una condición de salud mental. Los siguientes servicios están disponibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios que ofrecen los artefactos necesarios; • muebles para equipar un hogar en la comunidad; • asistencia por única vez para la renta o los servicios públicos. <p>El programa Regreso a Casa está diseñado para ayudar a las personas que viven en un centro de convalecencia, pero quieren volver a vivir en su comunidad. Si vivió en un centro de enfermería durante, al menos, 90 días, es posible que califique para el programa y obtenga los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coordinación para la transición; • intervención en crisis; • servicios de empleo extendidos; • dispositivos de asistencia extendidos; • bienes y servicios extendidos; • sensores inalámbricos; • servicios para vivir en la comunidad; • personal de enfermería asistencial; • animales de servicio. <p>Si piensa que califica para el programa, hable con su coordinador de atención.</p> <p>Se ofrecerá una sesión de servicios de transición por año calendario.</p>	<p>\$0</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>
<p> Detección de obesidad y terapia para la pérdida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, se cubrirán los servicios de orientación para ayudarlo a bajar de peso. Deberá recibir el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De este modo, podrá gestionarse junto con la totalidad de su plan de prevención. Consulte a su proveedor de atención primaria para obtener más detalles.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides (OTP)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para el tratamiento del trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de ingesta; • evaluaciones periódicas; • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, la administración de estos medicamentos; • asesoramiento para trastornos por consumo de sustancias; • terapia individual y grupal; • pruebas de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas). 	<p>\$0</p>
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros para los técnicos; • suministros quirúrgicos, tales como apósitos; • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • pruebas de laboratorio; • sangre, incluido su almacenamiento y administración; • otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios. 	<p>\$0</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan paga los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita admisión en el hospital como "paciente hospitalizado". ○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser considerado un "paciente ambulatorio". ○ Para saber en qué casos es considerado paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte esta hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101. • Pruebas de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ella se requeriría un tratamiento para pacientes hospitalizados • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, tales como férulas y yesos • Exámenes de detección y servicios preventivos que se mencionan en la Tabla de beneficios • Algunos medicamentos que no se puede administrar usted mismo 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los servicios de salud mental brindados por los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o médico con licencia para ejercer en el estado, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un especialista en enfermería clínica, • un profesional de enfermería (NP); • un asociado médico (PA); • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT); • un asesor profesional con licencia (LPC); • cualquier otro profesional en salud mental autorizado por Medicare según lo permitan las leyes aplicables del estado. <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos; • tratamiento diurno; • servicios de rehabilitación psicosocial. 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se solicite una remisión del médico para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicaid. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Los servicios de fisioterapia deben mejorar o restaurar la función física y evitar lesiones, disfunciones y discapacidades después de una enfermedad, una lesión o la pérdida de alguna parte del cuerpo.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de los departamentos de pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p>	<p>\$0</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Medicare Part B ayuda a pagar los servicios para el tratamiento del abuso de sustancias del departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o de una clínica.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psicoterapia; • educación del paciente; • atención de seguimiento una vez que deja el hospital; • medicamentos recetados durante su hospitalización o inyectados en el consultorio del médico; • exámenes de detección preventivos y orientación. 	<p>\$0</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	<p>\$0</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>El plan cubre artículos de venta libre (OTC) limitados, disponibles a través de la compra por correo y en farmacias CVS de venta minorista seleccionadas, sin costo alguno para usted. Comuníquese con Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711) para obtener más información.</p> <p>Los miembros pueden usar su beneficio de artículos OTC para comprar artículos OTC elegibles de ubicaciones participantes o del catálogo de artículos OTC para la entrega en su hogar. Para solicitar una copia de catálogo de artículos OTC, llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página. El valor del artículo adquirido se basa en el precio minorista cobrado por el vendedor, incluidos el impuesto a las ventas y el envío para compras por correo, según corresponda, y no se puede canjear por efectivo.</p> <p>Puede utilizar su tarjeta en las tiendas participantes minoristas, a través de una aplicación móvil o puede iniciar sesión en su portal para miembros para realizar un pedido de entrega a domicilio.</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos de marca y genéricos de venta libre • Vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y la alergia, artículos para la diabetes • Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en tiendas o inicie sesión en el portal para miembros o consulte su catálogo. <p>Nota: En ciertas circunstancias, el equipo de diagnóstico y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Siempre que sea posible, debe usar los beneficios médicos de nuestro plan antes de gastar su cantidad asignada de OTC para estos artículos.</p>	<p>\$0</p> <p>Como beneficio adicional, nuestro plan cubre hasta \$100 por trimestre calendario en artículos de venta libre (OTC) que cumplen con los requisitos y están disponibles.</p> <p>Este beneficio para artículos de venta libre (OTC) se limita a un pedido por trimestre calendario. Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre calendario.</p> <p>Algunos artículos pueden tener un límite de cantidad y se indican en su catálogo. Los múltiplos de artículos individuales pueden ser limitados, por pedido. No hay límites para la cantidad total de artículos en su pedido.</p> <p>Este beneficio solo se puede usar para pedir productos de venta libre (OTC) para el miembro.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
---	--



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención paliativa</p> <p>La atención paliativa es atención médica especializada para personas con enfermedades graves. Este tipo de atención se centra en ofrecerles a los pacientes alivio de los síntomas, el dolor y el estrés de una enfermedad grave. El objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.</p> <p>La atención paliativa está a cargo de un equipo que puede incluir médicos, enfermeros, trabajadores sociales, capellanes y personas que trabajan con los otros médicos del paciente para ofrecer apoyo adicional. El equipo hará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablará con los miembros sobre lo que es más importante para ellos. • Evaluará y controlará el dolor y otros síntomas. • Se ocupará de las necesidades psicológicas y espirituales de los miembros y sus familias. • Ofrecerá apoyo para ayudar a los miembros a vivir de la forma más plena posible. • Ofrecerá un sistema de apoyo para ayudar a la familia a sobrellevar la enfermedad del miembro. <p>La atención paliativa puede ser adecuada a cualquier edad y en cualquier etapa de una enfermedad grave, y puede brindarse junto con el tratamiento curativo.</p>	<p>\$0</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o un centro de salud mental de la comunidad. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia. Puede ayudarlo a evitar tener que quedarse en el hospital.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo mediante terapia de salud del comportamiento (mental) que se proporciona como un servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud habilitado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que brinda servicios más intensos que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o asesor profesional con licencia, pero menos intensos que la hospitalización parcial.</p>	<p>\$0</p> <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que se presten en lugares tales como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ consultorios médicos ○ centros quirúrgicos ambulatorios habilitados ○ departamentos ambulatorios de hospitales • Consulta, diagnóstico, y tratamiento a cargo de un especialista • exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su proveedor de atención primaria, si su médico los indica para saber si necesita tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> ○ Ciertos servicios de telesalud, incluidos: atención primaria, servicios de médicos especialistas y otros profesionales de atención de salud y servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios, incluida la atención psiquiátrica ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por medio de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe consultar a un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ <i>Comuníquese con el consultorio del proveedor para saber si ofrece servicios de telesalud y recibir información sobre cómo tener acceso a ellos.</i> <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal con sede en un hospital o un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental recurrente • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si ocurre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. ○ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a las condiciones anteriores en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental provistos por clínicas de salud rural y centros de salud con calificación federal. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat por video) con su médico durante 5 a 10 minutos si ocurre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted es paciente existente y ○ El control no está relacionado con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos y ○ El control no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana. • Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si ocurre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted es paciente existente y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos y ○ La evaluación no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana. • Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted es paciente existente. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Cuidado dental no rutinario. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de la mandíbula o de estructuras relacionadas, ○ recolocación de huesos fracturados faciales o de la mandíbula, ○ extracción de dientes antes de la radioterapia del cáncer neoplásico, o ○ servicios que estarían cubiertos si fueran proporcionados por un médico. 	



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Servicios de podología</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo); • cuidado rutinario de los pies para los miembros con condiciones que afectan las piernas, como la diabetes. 	\$0
	<p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres, se cubrirán los siguientes servicios solo una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen de tacto rectal; • prueba de antígeno específico de próstata (PSA). 	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Prótesis, aparatos ortopédicos y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan completamente o de manera parcial una parte del cuerpo o función. Estas medidas incluyen, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas, adaptación o capacitación en el uso de prótesis y aparatos ortopédicos; • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía; • marcapasos; • aparatos ortopédicos; • calzado protésico; • brazos y piernas artificiales; • prótesis mamarias (incluido sostén quirúrgico después de una mastectomía). <p>El plan también pagará algunos suministros relacionados con las prótesis y los aparatos ortopédicos. También pagará su reparación o reemplazo.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de la remoción de cataratas o de la cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.</p> <p>El plan no pagará las prótesis dentales.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubrirán programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. El miembro debe contar con una orden médica para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la enfermedad.</p>	<p>\$0</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación</p> <p>Se cubrirán las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para determinadas personas que presentan un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS). Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses.</p> <p>El plan también pagará hasta dos sesiones individuales de orientación del comportamiento de alta intensidad, en persona, por año, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de ITS. Cada sesión dura entre 20 y 30 minutos. Se cubrirán estas sesiones de orientación como servicio preventivo solo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como por ejemplo el consultorio de un médico.</p>	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF):</p> <p>Las internaciones cubiertas por Medicare (por ejemplo, una rehabilitación) requieren una autorización previa (aprobación por adelantado). Para las internaciones cubiertas por Healthy Connections Medicaid (por ejemplo, internaciones en centros de enfermería especializada [SNF] a largo plazo) se requiere una remisión del médico.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria; • comidas, incluidas dietas especiales; • servicios de enfermería; • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; • medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentren naturalmente en el cuerpo, tales como factores de coagulación. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios generales que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • sangre, incluido su almacenamiento y administración; • suministros médicos y quirúrgicos utilizados en los centros de enfermería; • pruebas de laboratorio realizadas en centros de enfermería; • Radiografías y otros servicios de radiología realizados en los centros de enfermería • artefactos, tales como sillas de ruedas, que por lo general ofrecen los centros de enfermería; • servicios de médicos/proveedores. <p>Por lo general, recibirá atención en los centros de la red. No obstante, usted podría recibir atención en un centro fuera de la red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de convalecencia o comunidad de retiro que ofrezca cuidados continuos donde usted haya vivido antes de ir al hospital (siempre que preste los cuidados de un centro de enfermería); • un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted abandone el hospital. <p>Tenga en cuenta que la atención en un centro de convalecencia se describe en una categoría separada de esta tabla.</p> <p>La admisión en un centro de enfermería especializada debe cumplir con los estándares de necesidad médica. No es necesario haber estado hospitalizado para recibir atención en un centro de enfermería especializada; sin embargo, se requiere la certificación de CLTC antes de otorgar la admisión financiada por Healthy Connections Medicaid en un centro de atención a largo plazo en cualquier lugar, incluida la transición de la comunidad a un centro de enfermería (estadía no cubierta por Medicare u hospitalización de menos de tres días antes de la admisión en un centro de enfermería). Su coordinador de atención puede ayudarlo a obtener esta certificación. Para ponerse en contacto con su coordinador de</p>	



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

	atención, llame al número que figura en la parte inferior de la página.	
	<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>Se cubrirá la terapia de ejercicios supervisada (SET) para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD). El plan pagará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET; • 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesario. <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ser un conjunto de sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento físico para PAD en los miembros con calambres en las piernas debido al poco torrente sanguíneo (claudicación) • realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico; • suministrarlo personal calificado que asegure que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD; • estar bajo la supervisión directa de un médico, asociado médico o profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado. 	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

<p>Administración de casos de riesgo</p> <p>Las actividades de administración de casos de riesgo (TCM) se encargan de que se cubran sus necesidades médicas, sociales, educativas y de otros servicios de forma continua, para ayudarlo a ser más autosuficiente.</p> <p>Para obtener TCM, tiene que pertenecer a alguno de estos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con discapacidades intelectuales y relacionadas; • adultos con trastornos mentales graves y persistentes; • personas con trastornos por abuso de sustancias psicoactivas; • individuos en riesgo de trastornos genéticos; • personas con lesiones en la cabeza o la columna vertebral y discapacidades relacionadas; • personas con trastornos sensoriales; • adultos con trastornos funcionales. <p>La TCM solo está disponible durante los últimos 180 días que usted pase en una institución mientras se prepara para regresar a su comunidad. Las personas que se inscriben en un programa de exención no son elegibles para la TCM.</p> <p>Hable con su coordinador de atención o PCP sobre cómo obtener servicios de TCM.</p>	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>
---	--



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

<p>Telemedicina</p> <p>Se cubren algunos servicios médicos o de salud, de un proveedor a distancia por medio de audio o video en tiempo real.</p> <p>Estos servicios están disponibles en algunas áreas rurales bajo ciertas condiciones y solo si usted se encuentra en alguno de estos lugares: un consultorio del médico, un hospital, una clínica de salud rural, un centro de salud con calificación federal, un centro de diálisis hospitalario, un centro de enfermería especializada (SNF) o un centro de salud mental comunitario.</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos si se brindan a través de un sistema de telecomunicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultas; • visitas al consultorio; • psicoterapia individual; • gestión de medicamentos recetados; • exámenes y entrevistas de evaluación para diagnósticos psiquiátricos. <p>Los servicios, como llamadas telefónicas, mensajes por correo electrónico y videollamadas por teléfono móvil, no están cubiertos.</p> <p>Los servicios de telepsiquiatría solo se ofrecen de forma limitada a través del Departamento de Salud Mental, en colaboración con otras 20 salas de emergencia hospitalarias del estado.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>
--	---




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

<p>Atención urgentemente necesaria</p> <p>La atención de urgencia es atención que se brinda para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lo que no sea una emergencia, o • una enfermedad médica imprevista, o • una lesión, o • una condición que requiera de atención inmediata. <p>Si necesita atención urgentemente necesaria, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede consultar a proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red porque, debido a la hora, al lugar o a las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>La atención de urgencia solo está cubierta cuando obtenga los servicios dentro de los Estados Unidos.</p>	\$0
<p>Visita virtual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan ofrece acceso virtual a médicos certificados que pueden responder una amplia variedad de preguntas o inquietudes sobre salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año mediante Teladoc™. <p>Una visita virtual, también conocida como “consulta de telesalud”, es una visita con un médico, ya sea por teléfono o en línea, con un teléfono inteligente o la cámara web de una computadora.</p> <p>Si quiere obtener más información o programar una cita, llame al 1-800-835-2362 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días al año.</p>	\$0




Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

	<p>Atención de la vista</p> <p>Se cubrirán los servicios de médicos para pacientes ambulatorios, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales de retinopatía diabética en personas diabéticas y tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare no cubre los exámenes oculares regulares para anteojos o lentes de contacto.</p> <p>Healthy Connections Medicaid cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el tratamiento para una enfermedad o lesión de la vista; • el reemplazo inicial de los lentes debido a una cirugía de cataratas. <p>Para las personas con un alto riesgo de glaucoma, se cubrirá una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con historial familiar de glaucoma, • personas con diabetes, • afroamericanos de 50 años o más, y • hispanoamericanos de 65 años o más. <p>Se cubrirá un par de anteojos o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas en la que un médico coloque un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso cuando no hubiese recibido un par de anteojos después de la primera cirugía).</p>	<p>\$0</p>
---	---	------------



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

	<p>Visita Preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva por única vez “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su estado de salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes r inyecciones), y • derivaciones para otras prestaciones en caso de que corresponda. <p>Nota: Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solo durante los primeros 12 meses en los que usted cuente con la cobertura de Medicare Part B. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".</p>	<p>\$0</p>
---	--	------------



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

E. Servicios de exención operados por la Atención a Largo Plazo de la Comunidad que paga nuestro plan

Los servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS) lo ayudan a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. Los LTSS pueden ayudarlo a realizar las tareas cotidianas, como bañarse, vestirse y hacer la comida. La mayoría de estos servicios se proporcionan en el hogar o en la comunidad, pero también podrían proporcionarse en un centro de convalecencia o en un hospital.

Los LTSS están disponibles para los miembros que participan en determinados programas de exención operados por la División de Atención a Largo Plazo de la Comunidad de Healthy Connections Medicaid (CLTC). El tipo y la cantidad de LTSS dependen de qué tipo de exención tenga. Si considera que necesita LTSS, puede hablar con el coordinador de atención sobre cómo acceder a ellos y si puede inscribirse en una de estas exenciones.

Servicios de exención operados por la CLTC que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de la exención de Community Choices</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para miembros que pertenezcan a la exención de Community Choices. Estos servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • enfermería y servicios de atención de salud diurnos para adultos; • transporte hacia los servicios de atención de salud diurnos para adultos; • administración de casos y coordinación de estos servicios de exención; • servicios de acompañamiento; • comidas entregadas a domicilio; • adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampas, control de plagas, equipo de seguridad para baños); • cuidado personal y del asistente; • sistema personal de respuesta a emergencias; • algunos suplementos nutricionales; • equipo médico especializado y suministros; • descanso temporal para su cuidador en un centro de atención residencial comunitario (CRCF) o en un centro para pacientes hospitalizados (centro de enfermería u hospital). 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Servicios de exención operados por la CLTC que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de exención para HIV/AIDS</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para miembros que pertenezcan a la exención de HIV/AIDS. Estos servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • administración de casos y coordinación de estos servicios de exención; • servicios de acompañamiento; • comidas entregadas a domicilio; • adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampas, control de plagas, equipo de seguridad para baños); • cuidado personal y del asistente; • servicios de enfermería privada; • algunos suplementos nutricionales; 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>
<p>Servicios de exención para personas que necesitan ventilación mecánica</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para miembros que pertenezcan a la exención de personas que necesitan ventilación mecánica. Estos servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • administración de casos y coordinación de estos servicios de exención; • comidas entregadas a domicilio; • adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampas, control de plagas, equipo de seguridad para baños); • cuidado personal y del asistente; • sistema personal de respuesta a emergencias; • servicios de enfermería privada; • algunos suplementos nutricionales; • equipo médico especializado y suministros; • descanso temporal para su cuidador (en un centro de enfermería o en su hogar). 	<p>\$0</p> <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

F. Beneficios cubiertos fuera de Wellcare Prime

Los siguientes servicios no están cubiertos por Wellcare Prime, pero están disponibles a través de Medicare. Puede obtener estos servicios del mismo modo en que lo hace hoy.

F1. Atención para pacientes enfermos terminales

Usted tiene derecho a seleccionar un centro para la atención de enfermos terminales en caso de que su proveedor y el director médico del centro determinen que su pronóstico es terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es como máximo de seis meses. Puede obtener atención de cualquier Programa de Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar Programas de Atención para Pacientes Terminales certificados por Medicare. Su médico de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre los servicios cubiertos por Wellcare Prime mientras recibe servicios de atención para pacientes terminales.

Para los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B que están relacionados con su enfermedad terminal:

- El prestador de servicios de atención para pacientes terminales deberá facturar a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios para la atención de enfermos terminales relacionados a su pronóstico terminal. Usted no paga estos servicios.

Para los servicios cubiertos por Medicare Part A o B que no estén relacionados con su pronóstico terminal:

- El proveedor facturará sus servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare Part A o B. No debe pagar por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Part D de Wellcare Prime:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3.

Nota: Si necesita atención que no está relacionada con la atención para pacientes terminales, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es atención para pacientes terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal.

Los siguientes servicios no están cubiertos por Wellcare Prime, pero están disponibles a través de Healthy Connections Medicaid. Puede obtener estos servicios del mismo modo en que lo hace hoy.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

F2. Servicios dentales

Los diagnósticos (evaluación bucal y radiografías), la atención preventiva (limpieza anual), las restauraciones dentales (empastes) y la atención quirúrgica (extracciones) están cubiertos en un régimen de pago por servicio. Comuníquese con su coordinador de atención para obtener más información.

F3. Transporte médico que no sea de emergencia

Puede obtener asistencia para el transporte desde y hacia sus citas médicas con un copago de \$0. El tipo de asistencia dependerá de la condición médica del miembro. Cuando se hagan solicitudes de urgencia o en el mismo día (como asistencia para el transporte para altas hospitalarias de rutina), se verificará con los proveedores de atención de salud que el poco tiempo de anticipación sea médicamente necesario. **Los miembros que necesitan transporte de emergencia deben llamar al 911.**

Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de la atención o consulte el folleto para miembros que se encuentra en el sitio web de ModivCare, que es el proveedor de transporte: <https://memberinfo.logisticare.com/scmember/Downloads>. Si tiene más preguntas, póngase en contacto con ModivCare por medio de la información de contacto para su región del folleto para miembros.

G. Beneficios que no están cubiertos por Wellcare Prime, Medicare ni Healthy Connections Medicaid

En esta sección, se le indica qué tipos de beneficios se excluyen del plan. Excluidos significa que el plan no paga estos beneficios. Ni Medicare ni Healthy Connections Medicaid pagarán por ellos.

En la siguiente tabla se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia, y algunos que se excluyen del plan solo en algunos casos.

El plan no pagará los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del Miembro*), salvo bajo las condiciones específicas mencionadas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si considera que deberíamos cubrir un servicio que no está cubierto, podrá presentar una apelación. Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por el plan:**

- Atención quiropráctica, que no sea la manipulación manual de la columna conforme a los lineamientos de cobertura de Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, se cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para asegurar la simetría.
- Dentaduras postizas. Sin embargo, la atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- Procedimientos o servicios electivos o voluntarios de mejoramiento (que incluyen la pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, artículos y medicamentos, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección K, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y productos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Anteojos, exámenes oculares regulares, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para la vista deficiente. Sin embargo, se cubrirán los anteojos después de cada cirugía de cataratas.
- Cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo.
- Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos).
- Suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para las piernas y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético. Aparatos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para quienes padezcan la condición del pie diabético.
- Artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de convalecencia, como un teléfono o un televisor.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Cuidado de los pies de rutina, excepto la cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- Servicios que no se consideran “razonables y necesarios”, según los estándares de Medicare y Healthy Connections Medicaid, a menos que sean establecidos por el plan como servicios cubiertos.
- Servicios prestados a los veteranos en los centros de Veterans Affairs (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Los miembros siguen siendo responsables de sus montos de costos compartidos.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando es médicamente necesario y Medicare lo paga.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

En este capítulo, se explican las reglas para obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son los medicamentos que su proveedor le indica y que usted adquiere en una farmacia o a través de la compra por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Part D y Healthy Connections Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Wellcare Prime también cubre los siguientes medicamentos, aunque estos no se detallarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Part A. Estos incluyen algunos medicamentos que le administran mientras está internado en un hospital o un centro de convalecencia.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Part B. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le aplican durante una consulta con un médico u otro proveedor y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Si quiere obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Part B están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Reglas para la cobertura de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios del plan

El plan cubrirá por lo general sus medicamentos siempre y cuando usted cumpla las normas de esta sección.

1. Debe hacer que un médico u otro proveedor le expida su receta, la cual deberá ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona a menudo es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha remitido para su atención.
2. Su profesional que expide recetas no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
3. Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para abastecer su receta. También puede surtir su receta a través del servicio de compra por correo del plan.
4. El medicamento recetado debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. (Consulte la Sección B de este capítulo).
 - Si no está en la *Lista de medicamentos*, podríamos cubrirlo ofreciéndole una excepción.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- Consulte el Capítulo 9, Sección F3, para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
5. Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o respaldado por otros puntos de referencia médica.
 6. Su medicamento puede requerir aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la Sección C.

Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas.....	122
A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red	122
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta médica ..	122
A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red	122
A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red.....	122
A5. Cómo comprar en una farmacia especializada	123
A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener medicamentos.....	123
A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo	125
A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan	126
A9. Reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica.....	126
B. La <i>Lista de Medicamentos</i> del plan	126
B1. Medicamentos en la <i>Lista de Medicamentos</i>	127
B2. Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i>	127
B3. Medicamentos que no están en la <i>Lista de Medicamentos</i>	128
B4. Niveles de la <i>Lista de Medicamentos</i>	129
C. Límites de algunos medicamentos	129
D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto.....	130
D1. Cómo obtener un suministro temporal	131



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal	133
D3. Cómo solicitar una excepción	134
E. Cambios en la cobertura de medicamentos.....	134
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	137
F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan	137
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo.....	137
F3. Si se encuentra en un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare.....	137
G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos.....	138
G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura	138
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	138
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura	139



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas **solo** si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir las recetas médicas de los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios al Miembro o su coordinador de atención.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta médica

Para surtir una receta médica, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan los medicamentos que requieren receta médica cubiertos.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro cuando surte su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no logra obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento en el momento de recogerlo. Usted puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios al Miembro de inmediato. Haremos todo lo posible para ayudarle.

- Para saber cómo puede solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección A.
- Si necesita ayuda para surtir una receta médica, puede llamar a Servicios al Miembro o a su coordinador de atención.

A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta, puede solicitar que un proveedor le expida una nueva o que su farmacia transfiera la receta a la farmacia nueva si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede llamar a Servicios al Miembro o a su coordinador de atención.

A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia a la que usted acude abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o llamar al Departamento de Servicios al Miembro o a su



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

coordinador de atención.

A5. Cómo comprar en una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de centros de cuidado a largo plazo, como los centros de convalecencia.
- Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo cuentan con sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de atención médica a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
- Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o tiene problemas para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, llame a Servicios al Miembro.
 - Farmacias que prestan servicios del Programa de Salud para Comunidades Indígenas, Tribales y Urbanas. Excepto en caso de emergencias, solo los indígenas norteamericanos o de Alaska pueden acceder a estas farmacias.
 - Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares o que exigen requisitos especiales de manipulación, coordinación de proveedores, o educación de los pacientes respecto a su uso. (Nota: Estas situaciones se presentan en raras ocasiones).

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios al Miembro o a su coordinador de atención.

A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles para entrega por correo son medicamentos que usted toma en forma regular para un problema de salud crónico o de largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través de la compra por correo del plan están señalados con “NM” en nuestra *Lista de medicamentos*.

El servicio de compra por correo de nuestro plan le permite solicitar hasta un suministro de 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas médicas por correo

Para obtener formularios de compra e información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, llame al Departamento de Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página. Los formularios de compra por correo también están disponibles en nuestro sitio web.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

En general, obtendrá una receta médica de compra por correo dentro de los 10 o 14 días. Si su pedido se retrasa, llame a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY:711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx).

Proceso de compra por correo

El servicio de correo tiene distintos procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente de su proveedor, y el resurtido de los medicamentos que pida por correo:

1. Recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia

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

2. Recetas médicas nuevas que el consultorio de su proveedor envía directamente a la farmacia

La farmacia surtirá y enviará recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención de salud, sin confirmarlo antes con usted, en caso de que:

- Usted haya utilizado servicios de compra por correo con este plan en el pasado o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención de salud. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

Si usted utilizó el servicio de compra por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx).

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de compras por correo o decide cancelar el surtido automático de nuevas prescripciones, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba nuevas prescripciones de un proveedor de atención de salud para saber si usted desea que la medicación se surta y se envíe inmediatamente.

- Esto le dará la posibilidad de asegurarse de que la farmacia le entrega el medicamento correcto (incluyendo la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, permite detener o demorar el pedido antes de que se lo envíen.
- Es importante que responda todas las veces que la farmacia le contacte, para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Para darse de baja del servicio de envío automático de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención de salud, comuníquese con nosotros llamando a



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.absolutetotalcare.com](https://www.mmp.absolutetotalcare.com).

Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx).

3. Volver a surtir recetas médicas de compra por correo

Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de suscribirse al programa de resurtido automático. Según este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que usted está cerca del momento en que se le terminará su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados en caso de que tenga medicamentos suficientes o en caso de que su medicamento haya cambiado.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con la farmacia 21 días antes de quedarse sin medicamentos; de esa manera, podrá asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Si decide no participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de compras por correo, comuníquese con Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, por favor asegúrese de informar a la farmacia cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted. Debe verificar su información de contacto cada vez que realiza un pedido, cuando se inscribe en el programa de resurtido automático o si su información de contacto cambia.

A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro de *medicamentos de mantenimiento* a largo plazo en nuestra Lista de Medicamentos del plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de forma regular para tratar condiciones médicas crónicas o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se informa qué farmacias pueden proveerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan con el fin de obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Consulte la Sección A6 anterior para obtener información sobre los servicios de compra por correo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite [mmp.absolutetotalcare.com](https://www.mmp.absolutetotalcare.com).

A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede ir a una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicios en donde usted puede surtir sus recetas médicas como miembro de nuestro plan.

En estos casos, consulte primero a Servicios al Miembro para saber si hay una farmacia de la red cercana. Es posible que deba pagar la diferencia entre el precio que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Viaja fuera del área de servicios del plan y necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red más cercana.
- Necesita un medicamento con urgencia y no hay una farmacia de la red que esté cerca y abierta.
- Debe abandonar su hogar debido a un desastre nacional o a otra situación de emergencia de la salud pública.

En general, cubriremos por única vez un suministro de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en estas situaciones.

A9. Reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica

Si debe comprar en una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total cuando surtan su receta. Puede solicitar que le hagamos un reembolso.

Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7, Sección A.

B. La *Lista de Medicamentos* del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos*.

Los medicamentos de esta *Lista de medicamentos* son seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* también le informa si existe alguna norma que deba cumplir para recibir los medicamentos.

Por lo general cubriremos un medicamento que esté en la *Lista de medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla las normas que se explican en este capítulo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

B1. Medicamentos en la *Lista de Medicamentos*

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Part D y algunos medicamentos *y artículos* que requieren receta médica y de venta sin receta que están cubiertos por los beneficios de Healthy Connections Medicaid.

La *Lista de Medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los típicos. En la *Lista de Medicamentos*, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico como vacunas o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos componentes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y biosimilares tienen la misma eficacia que los medicamentos de marca o los productos biológicos y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de Medicamentos*.

Por lo general cubriremos un medicamento que esté en la *Lista de Medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla las normas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan de la misma manera. Si quiere obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de Medicamentos*

Para saber si un medicamento que toma está en la *Lista de Medicamentos*, haga lo siguiente:

- Consulte la *Lista de Medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visite nuestro sitio web que figura en la parte inferior de la página. La *Lista de Medicamentos* de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página para averiguar si un medicamento está en la *Lista de Medicamentos* del plan o para solicitar una copia de la lista.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- Utilice nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en mmp.absolutetotalcare.com o llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de Medicamentos* que podrían tratar la misma condición.

B3. Medicamentos que no están en la *Lista de Medicamentos*

El plan no cubre todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en la *Lista de Medicamentos* porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la *Lista de Medicamentos*.

Wellcare Prime no pagará los medicamentos que se encuentren en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si a usted le recetan un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si usted cree que en su caso deberíamos pagar un medicamento excluido, puede presentar una apelación. (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F5).

Las siguientes tres normas generales se aplican a los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y de Healthy Connections Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto conforme a Medicare Part A o Part B. Los medicamentos cubiertos conforme a Medicare Part A o Part B están cubiertos por Wellcare Prime de forma gratuita, pero no se consideran parte de los beneficios de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o debe estar respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su condición. Su médico u otro proveedor podría recetarle un determinado medicamento para tratar su condición, incluso cuando no hubiese sido aprobado para tal fin. Esto se denomina "uso fuera de la indicación". Nuestro plan por lo general no cubre medicamentos con prescripciones de uso fuera de lo indicado.

Además, los tipos de medicamentos que se detallan a continuación no están cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid.

- Medicamentos utilizados para mejorar la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o del resfrío.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para fortalecer el crecimiento capilar.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®;
- medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la empresa que los fabrica indica que solo ellos pueden realizarle exámenes o prestarle servicios.

B4. Niveles de la *Lista de Medicamentos*

Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan pertenece a uno de tres niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre).

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.
- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El nivel 3 (medicamentos Rx/OTC que no son de Medicare) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca recetados y de venta libre (OTC) que están cubiertos por Healthy Connections Medicaid.

Para saber a qué nivel pertenece su medicamento, búsquelo en la *Lista de Medicamentos* del plan.

En el Capítulo 6, Sección C, se informa el monto que debe pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. En general, nuestras reglas le ayudarán a obtener un medicamento que funciona para su condición médica y es seguro y eficaz.

Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo tenga la misma eficacia que un medicamento de costo más alto, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de costo más bajo.

Si existe alguna regla especial para su medicamento, en general, significa que usted o su proveedor deberán realizar gestiones adicionales para que le cubramos el medicamento. Por ejemplo, su proveedor deberá informarnos primero su diagnóstico o los resultados de un análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, debe solicitarnos una excepción. Queda a nuestra discreción permitirle utilizar el medicamento sin tomar las medidas adicionales o no.

Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F3.

- 1. Limitar el uso de un medicamento de marca o de productos biológicos originales cuando se dispone de una versión genérica o biosimilar intercambiable, respectivamente.**



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Por lo general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable actúa de igual manera que un medicamento de marca o producto biológico original y suelen costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o de un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica o biosimilar intercambiable, respectivamente.

- Normalmente, no cubriremos el medicamento de marca o producto biológico original cuando hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que sirven para tratar la misma condición serán eficaces para usted, cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener una aprobación por adelantado del plan

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que expide recetas deben conseguir la aprobación de Wellcare Prime según sus normas específicas antes de surtir una receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Wellcare Prime no cubra el medicamento.

3. Probar primero con un medicamento distinto

En general, el plan requiere que pruebe medicamentos de menor costo (que a menudo son igualmente eficaces que los de mayor costo) antes de cubrir los medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B se utilizan para tratar la misma condición médica y el medicamento A es menos costoso que el medicamento B, el plan puede requerirle que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A no actúa adecuadamente para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito se denomina "terapia escalonada".

4. Aplicar límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede adquirir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de medicamento que obtiene cada vez que adquiere sus fármacos recetados.

Averigüe si estas reglas se aplican a sus medicamentos

Para saber si alguna de estas normas se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página o visite nuestro sitio web mmp.absolutetotalcare.com/prescription-drug-part-d/formulary.html.

D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Tratamos de lograr que la cobertura de medicamentos sea útil para usted, pero a veces es posible que algún medicamento no esté cubierto de la manera que usted desea. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. El medicamento podría no estar en la *Lista de Medicamentos*. Podría estar cubierta la versión genérica del medicamento, pero no la de nombre comercial que usted quiere llevar. El medicamento podría ser nuevo y nosotros podríamos no haber aún verificado su seguridad y efectividad.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas especiales o límites a su cobertura. Como se explicó en la sección anterior, existen normas que limitan el uso de algunos de los medicamentos cubiertos por el plan. En algunos casos, es posible que usted o el profesional que expide recetas quiera solicitar una excepción a una regla.

Hay cosas que sí puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no está en la Lista de Medicamentos o cuando está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de la obtención de un medicamento diferente o para solicitarle al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con estas dos reglas:

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no está en la *Lista de Medicamentos* del plan; o
- nunca estuvo en la *Lista de Medicamentos* del plan; o
- está limitado ahora de alguna forma.

2. Usted debe encontrarse en una de estas situaciones:

- Estuvo afiliado al plan el año pasado.
- Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
- Este suministro temporal será por hasta 30 días de medicamentos de la Parte D y de hasta 90 días (máximo de 30 días de suministro por surtido) para medicamentos que no pertenecen a la Parte D (Healthy Connections Medicaid) en una farmacia minorista, y de hasta 31 días de medicamentos de la Parte D y de hasta 98 días (máximo de 31 días de suministro por surtido) para medicamentos que no pertenecen a la Parte D (Healthy Connections Medicaid) en una farmacia de atención a largo plazo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- Si su receta se expide por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar un máximo de hasta 30 días de medicamentos de la Parte D y de hasta 90 días (máximo de 30 días de suministro por surtido) para medicamentos que no pertenecen a la Parte D (Healthy Connections Medicaid) en una farmacia minorista, y de hasta 31 días de medicamentos de la Parte D y de hasta 98 días (máximo de 31 días de suministro por surtido) para medicamentos que no pertenecen a la Parte D (Healthy Connections Medicaid) en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden surtir el medicamento recetado en cantidades pequeñas a la vez para evitar el malgasto.
- Es un nuevo afiliado al plan.
- Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 180 días de su afiliación al plan.
- Este suministro temporal será por hasta 30 días de medicamentos de la Parte D y de hasta 90 días (máximo de 30 días de suministro por surtido) para medicamentos que no pertenecen a la Parte D (Healthy Connections Medicaid) en una farmacia minorista, y de hasta 31 días de medicamentos de la Parte D y de hasta 98 días (máximo de 31 días de suministro por surtido) para medicamentos que no pertenecen a la Parte D (Healthy Connections Medicaid) en una farmacia de atención a largo plazo.
- Si su receta se expide por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar un máximo de hasta 30 días de medicamentos de la Parte D y de hasta 90 días de medicamentos que no pertenecen a la Parte D (Healthy Connections Medicaid) en una farmacia minorista. Si su receta se expide por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar un máximo de hasta 31 días de medicamentos de la Parte D y de hasta 98 días de medicamentos que no pertenecen a la Parte D (Healthy Connections Medicaid) en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden surtir el medicamento recetado en cantidades pequeñas a la vez para evitar el malgasto.
 - Ha estado afiliado al plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta se expide por menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado previamente.
 - Si su nivel de atención cambia (por ejemplo, si entra a un centro de atención a largo plazo u hospital o se va de este), cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

médica se expide por menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro total de hasta 30 días.

- Wellcare Prime también cubrirá un suministro temporal de hasta 90 días de un medicamento cubierto no perteneciente a la Parte D (Health Connections Medicaid) cuando usted surta su receta en una farmacia de la red.
- Dicha transiciones de nivel de atención pueden incluir, entre otras:
 - Miembros que reciben el alta del hospital o del centro de enfermería especializada y pasan a recibir tratamiento en el hogar.
 - Miembros que son admitidos en un centro de enfermería especializada tras haber recibido tratamiento en el hogar.
 - Miembros que se trasladan de un centro de enfermería especializada a otro que trabaja con una farmacia diferente.
 - Miembros que terminan su estadía conforme a Medicare Part A en un centro de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y ahora necesitan usar su beneficio del plan de la Parte D.
 - miembros que dejan su condición de atención para pacientes terminales
 - Es un miembro al que se le dio de alta de un hospital psiquiátrico para trastornos crónicos con un régimen altamente individualizado.

Si cambia de entorno de tratamiento varias veces en un mismo mes, es posible que la farmacia tenga que comunicarse con el plan para la continuidad de la cobertura. Si no solicita la continuidad de cobertura del plan, usted no califica para un suministro temporal para un nivel de atención adicional, a menos que sea una emergencia de riesgo vital.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al Miembro.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine ese suministro temporal. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una Lista de Medicamentos Cubiertos que traten la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que le resulte efectivo.

○

- Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción. Por ejemplo, usted puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque este no figure en la *Lista*



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

de Medicamentos. O puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones. Si el proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarlo con la solicitud.

D3. Cómo solicitar una excepción

Si un medicamento que está tomando se retirará de la *Lista de Medicamentos* o se limitará de alguna manera durante el año siguiente, le permitiremos solicitar una excepción antes del año siguiente.

- Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitarnos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento de la manera en que desea que esté cubierto para el año siguiente.
- Responderemos a su solicitud de una excepción en un plazo de 72 horas después de recibirla (o la declaración de apoyo del profesional que expidió su receta).

Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección F3.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

E. Cambios en la cobertura de medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero Wellcare Prime puede agregar o quitar medicamentos de la *Lista de Medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir si se requiere o no autorización previa (PA) para un medicamento. (La PA es un permiso que Wellcare Prime debe otorgar antes de que usted pueda acceder a un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (lo que llamamos “límites de cantidad”).
- Agregar o modificar restricciones de terapia escalonada en un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C que aparece anteriormente en este capítulo.

Si está tomando un medicamento cubierto al **comienzo** del año, normalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año**, a menos que suceda lo siguiente:



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- que surja un nuevo medicamento más económico en el mercado que actúa con la misma eficacia que el medicamento que se encuentra actualmente en la *Lista de Medicamentos*;
- que descubramos que un medicamento no es seguro; o
- un medicamento sea retirado del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia la *Lista de Medicamentos*, siempre puede optar por una de estas opciones:

- Consulte la *Lista de Medicamentos* actualizada de Wellcare Prime en mmp.absolutetotalcare.com/prescription-drug-part-d/formulary.html.
- Llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página para consultar la *Lista de Medicamentos* actual.

Cambios que podemos hacer en la *Lista de Medicamentos* que lo afectan durante el año del plan actual

Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* se producirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Aparece un medicamento genérico nuevo.** A veces, un nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar aparece en el mercado y a partir de ese momento funciona como un medicamento de marca o un producto biológico original en la *Lista de Medicamentos* actual. Cuando esto sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca y agreguemos el medicamento genérico nuevo, pero el costo del medicamento nuevo seguirá siendo el mismo.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Tal vez no le informemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realicemos cuando ello suceda.
- Usted o su proveedor pueden pedir una excepción a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte la Sección 6 del Capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) informa que un medicamento que está tomando no es seguro ni eficaz o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos inmediatamente de la *Lista de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Hable con su médico u otro profesional que expide recetas para que le ayude a decidir si hay un medicamento



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

similar en la *Lista de Medicamentos* que usted pueda tomar en reemplazo.

Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma. Le informaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios podrían ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o existen nuevas pautas clínicas acerca de un medicamento.

Cuando estos cambios se produzcan, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en la *Lista de Medicamentos*.
- Le avisaremos y le proporcionaremos un suministro para 30 días del medicamento después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico o el profesional que emite sus recetas. Pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que puede tomar en su lugar.
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la *Lista de Medicamentos* que no lo afectan durante el año del plan actual

Podemos realizar cambios en los medicamentos que usted toma que no se describen anteriormente y que no afectan sus medicamentos actuales. En el caso de tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principio** de año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, el cambio no afectará el uso del medicamento durante el resto del año.

Si cualquiera de estos cambios ocurre en relación con un medicamento que usted está tomando (excepto para los cambios descritos en la sección anterior), dicho cambio no afectará su uso del medicamento hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual. Deberá consultar la *Lista de Medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios que lo afectarán durante el año del plan siguiente.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la hospitalización. No tendrá que pagar un copago. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que cumplan todas nuestras reglas para la cobertura.

F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo

Por lo general, los centros de atención a largo plazo (como los centros de convalecencia) tienen su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos los residentes. Si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo, es posible que reciba sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro si la misma es parte de nuestra red.

Para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo pertenece a nuestra red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Si no pertenece o si necesita más información, comuníquese con Servicios al Miembro.

F3. Si se encuentra en un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito en un centro de atención para pacientes terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o medicamentos contra la ansiedad) que no están cubiertos por el centro porque no están relacionados con su pronóstico terminal y las condiciones derivadas, antes de poder cubrir el medicamento, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide recetas o del proveedor del centro de atención para pacientes terminales en la que se informe que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras en la obtención de medicamentos no relacionados que deben estar cubiertos por nuestro plan, puede solicitar al proveedor de atención para pacientes terminales o al profesional que expide recetas que se aseguren de que recibamos una notificación que indique que dicho medicamento no está relacionado antes de solicitarle a una farmacia que surta la receta.

Si sale de un centro de atención para pacientes terminales, nuestro plan debería cubrir todos los medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando su beneficio de atención para pacientes terminales de Medicare finaliza, debe llevar a la farmacia documentación que verifique que abandona



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

la atención para pacientes terminales. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D.

Si quiere obtener más información sobre el beneficio de atención para pacientes terminales, consulte el Capítulo 4, Sección D.

G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Cada vez que surta una receta, evaluaremos los problemas posibles, como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- podrían no ser necesarios debido a que usted toma otro medicamento similar que tiene el mismo efecto;
- quizás no sean seguros para su edad o sexo;
- podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo;
- tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico;
- incluyen una cantidad no segura de medicamentos opioides para el dolor.

Si encontramos un posible problema en la utilización de medicamentos recetados, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes condiciones médicas y/o si está en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudarlo a usar sus medicamentos opioides de forma segura, puede ser elegible para recibir servicios sin costo alguno para usted, a través de un programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén contribuyendo a mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma;
- las inquietudes que pueda tener, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos;
- la mejor forma de tomar sus medicamentos;
- Las preguntas o los problemas que tenga relacionados con su receta médica y medicamento de venta libre



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Usted recibirá un resumen escrito de esta discusión. Este resumen incluye un plan de acción para el uso de medicamentos con recomendaciones sobre qué puede hacer usted para aprovechar mejor sus medicamentos. También obtendrá una Lista de Medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y por qué los toma. Además, obtendrá información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es conveniente programar la revisión de medicamentos antes de su visita anual “de bienestar”, de modo que pueda hablar con su médico acerca de su plan de acción y su Lista de Medicamentos. Lleve su plan de acción y su Lista de Medicamentos con usted a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención de salud. Además, lleve con usted su Lista de Medicamentos si acude a un hospital o sala de emergencia.

Los programas de administración de terapias de medicamentos son voluntarios y son gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, avísenos y lo quitaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al Miembro o su coordinador de atención.

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

Wellcare Prime cuenta con un programa que puede ayudar a que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que pueden ser objeto de mal uso frecuentemente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que expiden recetas o farmacias, o si recientemente sufrió una sobredosis de opioides, podemos hablar con dichos profesionales para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con los profesionales que expiden recetas, si evaluamos que su uso de medicamentos opioides recetados no es seguro, podemos limitar la manera en que los obtiene. Las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Exigirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos **en determinadas farmacias o a través de ciertos profesionales que expiden recetas.**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos en su caso.

Si consideramos que se le deberían aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Tendrá la oportunidad de indicarnos a qué profesionales que expiden recetas o farmacias prefiere acudir y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos una vez que haya tenido la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con el riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que expide recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si continuamos negando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una entidad de revisión independiente (IRE). (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación y sobre qué es la IRE, consulte la Sección F5 del Capítulo 9).

Es posible que la DMP no se aplique a usted si cumple con estos requisitos:

- sufre de determinadas condiciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes;
- está en un centro de atención para pacientes terminales o recibe cuidados paliativos o atención del final de la vida; o
- reside en un centro de atención a largo plazo.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Healthy Connections Medicaid

Introducción

En este capítulo, se indica lo que usted paga por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por "medicamento" nos referimos a:

- medicamentos recetados de Medicare Part D; y
- medicamentos y artículos cubiertos por Healthy Connections Medicaid;
- los medicamentos y productos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que es elegible para Healthy Connections Medicaid, usted recibe "Ayuda Adicional" (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part D.

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Part D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina "subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Para saber más acerca de los medicamentos recetados, puede buscar información en los siguientes lugares:

- La *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan.
 - A esta le llamamos "*Lista de Medicamentos*". Le informa:
 - ¿Qué medicamentos paga el plan?
 - en cuál de los tres niveles está cada medicamento;
 - Si hay o no restricciones sobre el medicamento
 - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame al Departamento de Servicios al Miembro al *número que figura en la parte inferior de la página*. También puede encontrar la *Lista de Medicamentos* en mmp.absolutetotalcare.com/prescription-drug-part-d.html. La *Lista de Medicamentos* de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 141



- Capítulo 5 de este *Manual del Miembro*.
 - En el Capítulo 5, Sección A, se informa cómo obtener los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
 - Incluye las normas que deben cumplir. También se incluyen los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.
 - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener los medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan.
 - En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, hay una lista de farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A.
 - Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo mostrado se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro para obtener más información.

Índice

A. <i>Explicación de beneficios (EOB)</i>	143
B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos	144
C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	145
C1. Los niveles de costos compartidos del plan	145
C2. Sus opciones de farmacias	145
C3. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo	145
C4. Qué paga usted	146
D. Vacunas	147
D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna	147

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 142



A. Explicación de beneficios (EOB)

En nuestro plan, se realiza un seguimiento de los medicamentos recetados. Nosotros llevamos un registro de dos tipos de costos:

- **Costos de desembolso.** Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos recetados. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento de la Parte D cubierto, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, los pagos realizados para sus medicamentos por medio de Ayuda Adicional de Medicare, los planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, el Servicio de Salud Indígena, los programas de asistencia de medicamentos para el AIDS, las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Los costos totales de medicamentos.** Es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó el plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un informe denominado *Explicación de Beneficios*. La denominamos EOB para abreviar. En la EOB, hay más información sobre los medicamentos que toma. El EOB incluye:

- **Información para el mes.** El resumen le informa qué medicamentos recetados recibió durante el mes anterior. Se muestran los costos totales por medicamentos, el monto pagado por el plan y lo que usted u otras personas, en su nombre, hayan pagado.
- **Información del año hasta la fecha.** Estos son sus costos totales de medicamentos y el total de pagos realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer abastecimiento.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con la persona que expide recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no se considerarán para calcular los gastos de bolsillo totales.

Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que cubre el plan, consulte la *Lista de Medicamentos*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos:

1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos recetados se surten y qué es lo que paga.

2. Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que ha pagado. Puede solicitar que el reembolsemos el costo del medicamento.

A continuación se enumeran algunas situaciones en las cuales debería proporcionarnos copias de sus recibos:

- Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando realiza un copago por medicamentos que son proporcionados por un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia no perteneciente a la red
- Cuando paga íntegramente el precio de un medicamento cubierto

Para saber cómo puede solicitarnos el reembolso del medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A.

3. Envíenos información sobre los pagos que otros realizaron por usted.

Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se tienen en cuenta para calcular sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para tratar el AIDS, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a sus gastos de bolsillo.

4. Controle las Explicaciones de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que le enviamos.

Cuando reciba la EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o que hay un error o si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro. En lugar de recibir una EOB en papel por correo, ahora tiene la opción de recibir una EOB electrónica (eEOB). Puede solicitarla en www.express-scripts.com. Si decide solicitar la promoción, recibirá un correo electrónico cuando su EOB electrónico esté listo para ver, imprimir o descargar. Las eEOB también se denominan EOB no impresas. Estas eEOB

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 144



son copias exactas (imágenes) de las EOB impresas. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con Wellcare Prime, no paga nada por los medicamentos cubiertos mientras siga las normas del plan.

C1. Los niveles de costos compartidos del plan

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos*. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan pertenece a uno de tres niveles. No tiene que pagar copagos por los medicamentos recetados y OTC que se encuentran en la *Lista de Medicamentos* de Wellcare Prime. Para conocer los niveles de sus medicamentos, consulte la *Lista de Medicamentos*.

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos. El copago es de \$0.
- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca. El copago es de \$0.
- El nivel 3 (medicamentos Rx/OTC que no son de Medicare) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca recetados y de venta libre (OTC) que están cubiertos por Healthy Connections Medicaid. El copago es de \$0.

C2. Sus opciones de farmacias

Cuánto paga por un medicamento depende de si recibe el medicamento en:

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

En casos limitados, cubrimos las recetas médicas surtidas en las farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para saber cuándo podemos hacerlo.

Si quiere obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte la Sección A del Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

C3. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al abastecer su receta. Un suministro a largo plazo se extiende **hasta 100 días**. Usted no debe pagar nada por un suministro a largo plazo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 145



Si quiere obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección A7 del Capítulo 5 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Qué paga usted

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento que requiere receta médica que está cubierto a través de los siguientes:

	Una farmacia de la red	El servicio de compra por correo del plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o hasta 100 días	Un suministro de un mes o hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Suministro de hasta 30 días La cobertura es limitada en algunos casos. Consulte la Sección A8 del Capítulo 5 para obtener más información.
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos Genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de Marca)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos Rx/OTC que no son de Medicare)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Si quiere obtener más información sobre las farmacias que pueden brindarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 146



D. Vacunas

Mensaje importante sobre sus pagos de vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Part B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Part D comprende dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es el **costo de su aplicación**. Por ejemplo, a veces puede obtener la vacuna directamente de su médico.

D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna

Le recomendamos que llame primero a Servicios al Miembro cuando decida aplicarse una vacuna.

- Podemos comentarle la cobertura de vacunación de nuestro plan.
- Podemos indicarle cómo mantener los costos bajos utilizando proveedores y farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de nuestra red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con Wellcare Prime para garantizar que usted no tenga costos por adelantado por una vacuna de la Parte D.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 147



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

En este capítulo se indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También se indica cómo hacer una apelación si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre una cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos.....	149
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	151
C. Decisiones de cobertura	152
D. Apelaciones.....	153

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 148



A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos que le hayan brindado. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si usted recibe una factura por atención de salud o por medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B.

- Si los servicios o medicamentos tienen cobertura, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que le hagamos un reembolso.
 - Si usted pagó los servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el monto.
 - Si usted pagó los servicios cubiertos por Healthy Connections Medicaid, no podemos reembolsarle el monto, pero lo hará el proveedor. Servicios al Miembro o la Defensoría de Healthy Connections Prime pueden ayudarlo a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página y el Capítulo 2, Sección I, para obtener los números de teléfono.
- Si los servicios o medicamentos **no** tienen cobertura, se lo haremos saber.

Si tiene alguna consulta, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención. Si recibe una factura y no sabe cómo proceder, nosotros podemos ayudarlo. También puede contactarse si desea proporcionar más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, se incluyen ejemplos de situaciones en las que puede solicitarle a nuestro plan el reembolso o pago de una factura recibida:

1. Cuando tiene una emergencia o necesita atención de salud requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red.

Debe solicitarle al proveedor que facture los servicios al plan.

- Si usted paga el monto total del servicio de atención, solicítenos que le reembolsemos el dinero. Envíenos la factura y los comprobantes de todos los pagos que realizó.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y los comprobantes de todos los pagos que realizó.
 - Si se le debe algo al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 149



- Si ya ha pagado por el servicio, se lo reembolsaremos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro a Wellcare Prime para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. La facturación incorrecta o inadecuada se produce cuando un proveedor le factura a usted una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan por los servicios. **Llame a Servicios al Miembro si recibe alguna factura que no comprende.**

- Debido a que Wellcare Prime paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar nada. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíela a nosotros. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. Le reembolsaremos lo que corresponda a los servicios cubiertos.

3. Cuando usted utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa los servicios de una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su receta.

- Solo en unos pocos casos, cubriremos los medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Consulte la Sección A8 del Capítulo 5 para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre el precio que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que cubriríamos en una farmacia de la red.

4. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no tiene consigo su tarjeta de identificación de miembro.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque la información sobre su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede encontrar la información necesaria enseguida, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 150



- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior que nuestro precio negociado para el medicamento recetado.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica, pero el medicamento no está cubierto.

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* del plan o puede estar sujeto a un requisito o a una restricción que usted no conocía o no considera que deba aplicarse a su caso. Si decide comprar el medicamento, es probable que tenga que pagar el costo total.
 - Si usted no paga el medicamento, sino que considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección F4).
 - Si usted y el médico u otro profesional que expide recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección F4).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, quizás precisemos obtener más información por parte de su médico u otro profesional que expide recetas a fin de reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es superior que nuestro precio negociado para el medicamento recetado.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento están cubiertos. Esto es realizar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos por el servicio o el medicamento. Si nuestro plan rechaza su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F5.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos la factura y los comprobantes de todos los pagos que realizó. La constancia de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo entregado por el proveedor. **Es una buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros.** Puede solicitarle ayuda al coordinador de atención.

Envíe por correo las solicitudes de pago, junto con cualquier factura o recibo, a la siguiente dirección:

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Para reclamaciones médicas:**Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)**

PO Box 3060
Farmington, MO 63640

Para servicios, artículos y medicamentos que no sean de la Parte D, debe enviarnos la reclamación en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento que no es de la Parte D.

Dirección para el envío de reclamación de farmacia:

Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

Part D Prescription Drugs Claims
Attn: Pharmacy Claims
PO Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Para medicamentos de la Parte D, debe enviarnos la reclamación en el plazo de tres años a partir de la fecha en que recibió el medicamento de la Parte D.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos la solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si la atención de salud o el medicamento están cubiertos por el plan. Además, si corresponde, decidiremos el monto que debe abonar por la atención de salud o los medicamentos.

- Le haremos saber si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos, y que usted cumplió con todas las reglas para obtenerlos, nos haremos cargo del pago. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por el monto que pagó. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es superior que nuestro precio negociado). Si todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.

En el Capítulo 3, Sección B, se explican las normas para obtener servicios cubiertos. En el Capítulo 5, Sección A, se explican las reglas para obtener medicamentos recetados de Medicare Part D cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta en la que se explicarán los motivos. La carta también le explicará sus derechos para presentar una apelación.
- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección F4 del Capítulo 9.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 152



D. Apelaciones

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que reveamos nuestra decisión. Esto se denomina “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

La apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si quiere obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D.

- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención de salud, consulte la Sección E5 del Capítulo 9.
- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la Sección F4 del Capítulo 9.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 153



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo se detallan sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades.....	156
B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma	158
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI).....	159
C1. Cómo protegemos su PHI.....	159
C2. Su derecho a ver sus expedientes médicos.....	159
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos	166
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted.....	168
F. Tiene derecho a abandonar nuestro plan en cualquier momento	168
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud	169
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud	169
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud	170
G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones	170
H. Su derecho a opinar sobre cómo se administra el plan.	171
I. Su derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	171

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 154



I1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos..... 171

J. Sus responsabilidades como miembro del plan..... 172

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 155



A. Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera accesible y culturalmente competente. Además, debemos informarle sobre las opciones, las normas y los beneficios del plan, así como sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.

El plan también puede proporcionarle material en español y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande, en forma gratuita. Para recibir siempre este documento y otros materiales en otro idioma o formato, en la actualidad y en el futuro, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección. También debe hacerlo si posteriormente quiere cambiar el idioma o el tipo de formato. Encontrará el número de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado en la parte inferior de esta página. También puede enviar un correo electrónico a ATC_SC_MMP@centene.com.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Medicaid al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620). Este número está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
- La Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.
- Además, puede llamar a Healthy Connections Medicaid directamente para que lo ayuden a resolver sus problemas. Puede obtener asistencia de Healthy Connections Medicaid de la siguiente forma:
- Llame a la Defensoría de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Allí lo ayudarán a comprender el proceso de presentación de quejas y le indicarán quién puede asistirlo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 156



Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure that **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also 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 free interpreter services available to 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 always get this document and other material in another language or format, now and in the future, please call Member Services. This is called a "standing request". We will document your choice. If you later want to change the language and/or format choice, please call Member Services. Find the Member Services phone number at the bottom of this page. You can also email ATC_SC_MMP@centene.com.

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, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medicaid at 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620). This number is available Monday through Friday from 8:00 a.m. to 6:00 p.m.
- Office of Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.
- 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 157



B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3, Sección D.
 - Llame a Servicios al Miembro o busque en el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener más información acerca de los proveedores de la red y para conocer qué médicos aceptan pacientes nuevos.
- Usted tiene derecho a una red de proveedores de atención primaria y especialistas que cubran sus necesidades en cuanto a ubicación física, comunicación y programación.
- Tiene derecho a consultar a un médico especialista en salud de la mujer sin obtener una remisión del médico. Una remisión del médico es una aprobación de su PCP para que consulte a un profesional que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos por parte de los proveedores dentro de un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a acceder a servicios de especialistas de forma oportuna.
 - Si no puede acceder a los servicios dentro de plazos razonables, debemos pagar por atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención requerida de urgencia sin aprobación previa (PA).
- Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de nuestra red sin demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D4.

En el Capítulo 9, Sección C, se informa sobre qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. En el Capítulo 9, Sección D, también se informa sobre qué hacer si rechazamos la cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 158



C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su información personal de salud (PHI) según lo establecido por leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información de salud y de salud.

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito donde se mencionan estos derechos. El aviso se denomina “Aviso de Prácticas de Privacidad”. En el aviso también se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.

Con excepción de los casos que se indican a continuación, no le proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinde atención ni pague su atención. Para hacerlo, debemos obtener previamente su consentimiento por escrito. La autorización por escrito puede ser otorgada por usted o por alguien que tenga la autoridad legal para tomar decisiones por usted.

En determinados casos no tenemos que obtener previamente su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.

- Estamos obligados a divulgar la PHI a agencias del Gobierno que verifican nuestra calidad de atención.
- Estamos obligados a proporcionar a Medicare o a Healthy Connections Medicaid su PHI. Si Medicare o Healthy Connections Medicaid divulgan su PHI para investigaciones u otros usos, lo harán conforme a las leyes federales o estatales.

C2. Su derecho a ver sus expedientes médicos

Tiene derecho a ver sus registros médicos y recibir una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle por cada copia de sus expedientes médicos.

Tiene derecho a solicitar que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si usted lo solicita trabajaremos con su proveedor de atención de salud para decidir si corresponde hacer estos cambios.

Tiene derecho a saber si su PHI se compartió con otras personas y de qué manera.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su PHI, llame a Servicios al Miembro.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 159



**WELLCARE PRIME BY ABSOLUTE TOTAL CARE (PLAN MEDICARE-MEDICAID)
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Para recibir ayuda para traducir o comprender esto, llame al **1-855-735-4398 (TTY: 711)**.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono.
1-855-735-4398 (TTY: 711).

Obligaciones de las entidades cubiertas

Wellcare Prime es una entidad cubierta conforme a las definiciones y regulaciones de la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996. Wellcare Prime tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI), proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, cumplir con los términos del aviso que está actualmente en vigencia, y avisarle en el caso de una violación de su PHI no segura.

Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceder, modificar y gestionar su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI que no se describen en este aviso se harán solo con su autorización por escrito.

Wellcare Prime se reserva el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer entrar en vigor el aviso revisado o modificado para su PHI que ya tenemos y para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Wellcare Prime revisará y distribuirá de inmediato este aviso siempre que haya un cambio importante en los siguientes puntos:

- Los usos o las divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad estipuladas en el aviso

Pondremos a disposición en nuestra página web o por correo postal separado cualquier aviso revisado.

Protecciones internas de PHI verbal, escrita y electrónica:

Wellcare Prime protege su PHI. También nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información sobre raza, origen étnico e idioma (race, ethnicity and language, REL) y

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 160



orientación sexual e identidad de género (sexual orientation and gender identity, SOGI). Contamos con procesos de privacidad y seguridad para ayudar.

Estas son algunas de las formas en las que protegemos su PHI:

- Capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Les exigimos a nuestros socios comerciales que cumplan con los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos la seguridad de nuestras oficinas.
- Comunicamos su PHI a las personas que la necesitan, solo por motivos comerciales.
- Conservamos la seguridad de su PHI cuando la enviamos o guardamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnología para impedir que las personas equivocadas accedan a su PHI.

Usos y divulgaciones permitidos de su PHI:

A continuación, se detalla cómo podemos utilizar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

- **Tratamiento:** podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporciona tratamiento a usted, para coordinar su tratamiento entre los proveedores, o para que nos ayuden en la toma de decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que recibió. Podemos divulgar su PHI a otro plan médico, a un proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a reglas de privacidad federales para sus fines de pago. Las actividades de pago podrían incluir procesar reclamos, determinar la elegibilidad o la cobertura de reclamos y revisar los servicios por necesidad médica.
- **Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir brindar servicios al cliente, responder a reclamaciones y apelaciones, y ofrecer administración y coordinación de la atención.

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos escritos para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos revelar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las normas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo siguiente:

- evaluación de la calidad y actividades de mejoramiento;
- Revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales médicos
- gestión de casos y coordinación de atención;
- detección o prevención del fraude y del abuso en la atención médica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 161



Su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género están protegidos por los sistemas del plan de salud y las leyes. Esto significa que la información que usted proporciona se mantiene privada y protegida. Solo podemos compartir esta información con proveedores de atención médica. No se compartirá con otras personas sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de la atención y los servicios.

Esta información nos ayuda a:

- o Comprender mejor sus necesidades de atención médica.
- o Conocer su preferencia de idioma cuando visite a proveedores de atención médica.
- o proporcionar información de atención médica para satisfacer sus necesidades de atención;
- o Ofrecer programas para ayudarle a alcanzar la mejor salud.

Esta información no se utiliza con fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si usted puede recibir cobertura o servicio.

- **Plan de salud de grupo/Divulgaciones al patrocinador del plan:** podemos divulgar su información de salud protegida a un patrocinador del plan de salud de grupo, como un empleador u otra entidad que le ofrezca un programa de atención médica, si el patrocinador está de acuerdo con determinadas restricciones sobre el uso y la divulgación de la información de salud protegida (tal como aceptar no usar la información de salud protegida para tomar medidas o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras divulgaciones permitidas u obligatorias de su PHI:

- **Actividades de recaudación de fondos:** podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos como, por ejemplo, recaudar dinero para ayudar a una fundación caritativa u otra organización similar a financiar sus actividades. Si lo contactamos en relación con actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de darse de baja de, o dejar de recibir, este tipo de comunicaciones en el futuro.
- **Fines de suscripción:** podemos utilizar o divulgar su PHI para fines de suscripción, tales como tomar una decisión sobre una solicitud de cobertura o una petición. Si usamos o divulgamos su PHI para propósitos de suscripción de seguro, se nos prohíbe usar o divulgar su PHI que constituye información genética en el proceso de suscripción de seguro.
- **Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento:** podemos usar y divulgar su PHI para recordarle sobre una cita para tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, tales como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Según lo exija la ley:** si las leyes federales, estatales y/o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumpla con dicha ley y se limite a los requisitos de dicha ley. Si dos o más leyes o regulaciones que

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 162



rigen el mismo uso o divulgación están en conflicto, cumpliremos con las leyes o regulaciones más restrictivas.

- **Actividades de salud públicas:** podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios supervisados por la FDA.
- **Víctimas de abuso y negligencia:** podemos divulgar su PHI a una autoridad del gobierno local, estatal, o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o judicial. También es posible que debamos divulgar su PHI en respuesta a una notificación, petición de exhibición de pruebas u otras solicitudes similares.
- **Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar su PHI relevante a agentes de la ley cuando se requiera que lo hagamos en respuesta a un delito.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que puedan llevar a cabo sus deberes.
- **Donación de órganos, ojos y tejido:** podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a personas que trabajan en adquisición, banca o trasplante de órganos, ojos y tejido cadavéricos.
- **Amenazas a la seguridad y salud:** podemos utilizar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que es necesario el uso o divulgación para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** si usted forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU., podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional e inteligencia, al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica, para la protección del Presidente o a otras personas autorizadas según lo exija la ley.
- **Compensación de trabajadores:** podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relativas a la compensación de los trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin importar el culpable.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 163



- **Situaciones de emergencia:** podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o no está presente, a un familiar, amigo personal cercano, agencia de ayuda humanitaria autorizada o cualquier otra persona que usted identifique anteriormente. Usaremos criterio y experiencia profesional para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Si es lo mejor para usted, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante a la participación de la persona que lo cuida.
- **Presos:** si usted está preso en una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario de cumplimiento de la ley, en tanto dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o su seguridad, o la salud o la seguridad de los demás; o para la seguridad y protección de la institución correccional.
- **Investigación:** *en determinadas circunstancias, podemos revelar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido ciertas medidas de seguridad para garantizar la privacidad y la protección de su PHI.*

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

Tenemos la obligación de obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

- **Venta de PHI:** solicitaremos su autorización por escrito antes de hacer cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, significando recibimos una compensación por la divulgación de PHI de esta manera.
- **Marketing:** solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI para fines de marketing con excepciones limitadas, como, por ejemplo, cuando tengamos comunicaciones frente a frente de marketing con usted o cuando proporcionemos regalos promocionales de valor nominal.
- **Notas de psicoterapia:** solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que pudiéramos tener en nuestros expedientes con excepción limitada, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Usted tiene derecho a revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de la autorización inicial.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 164



Derechos de los individuos

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea usar cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros usando la información al final de este aviso.

- ***Derecho a solicitar restricciones:*** usted tiene derecho a solicitar restricciones de uso y divulgación de su PHI en caso de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como las divulgaciones a personas involucradas en su atención o pago de la atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y especificar a quiénes se aplica la restricción. No es necesario que estemos de acuerdo con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para pago u operaciones de atención médica a un plan médico cuando usted haya desembolsado el total por el servicio o artículo.
- ***Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:*** usted tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI en métodos o lugares alternativos. Este derecho se aplica únicamente si no comunicar la información en los métodos o lugares alternativos que desea puede ponerlo en peligro. No es necesario que explique el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambia el medio de comunicación o la ubicación. Debemos aceptar su solicitud si es razonable y si indica el medio o lugar alternativo donde se debe comunicar su PHI.
- ***Derecho a acceder y obtener copias de su PHI:*** usted tiene derecho, con excepciones limitadas, a leer u obtener copias de la PHI incluida en un expediente designado. Puede solicitar que le entreguemos copias en formatos que no sean fotocopias. Le entregaremos la información en el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo en la práctica. Deberá presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si rechazamos su solicitud, le presentaremos una explicación por escrito y le indicaremos si se pueden evaluar las razones de la denegación. También le informaremos cómo solicitar tal revisión o si el rechazo no puede ser revisado.
- ***Derecho a modificar su PHI:*** usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar los motivos por los que debe modificarse la información. Podemos denegar su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que usted desea modificar y el creador de la PHI puede realizar la modificación. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.
- ***Derecho a recibir un recuento de las divulgaciones:*** usted tiene derecho a recibir una lista de los casos, dentro del período de los últimos 6 años, en que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento,

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 165



pago, operaciones de atención de salud o divulgaciones que usted autorizó y algunas otras actividades. Si solicita esto más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.

- **Derecho a presentar una reclamación:** si considera que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos incumplido nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una reclamación por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se encuentra al final de este aviso.

También puede presentar un reclamo ante la Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mediante una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. Asimismo, puede llamar al 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989) o visitar <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint>.

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

- **Derecho a recibir una copia de este aviso:** Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento según la información de contacto que se indica al final del aviso. Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa del aviso.

Información de contacto

Preguntas sobre este aviso: Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede contactarnos por escrito o por teléfono a la información de contacto que aparece a continuación:

Wellcare Prime by Absolute Total Care

Attn: Privacy Official
100 Center Point Circle, Suite 100
Columbia, SC 29210

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como miembro de Wellcare Prime, usted tiene derecho a recibir información de parte nuestra. Si no habla inglés, contamos con un servicio de interpretación gratuito para responder cualquier consulta que pueda tener sobre nuestro plan de salud. Para solicitar un intérprete, simplemente llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. This is a free service. Además tenemos material impreso disponible en español. También podemos ofrecerle la información en formato de letra grande, en braille o en audio.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 166



Para recibir siempre este documento y otros materiales en otro idioma o formato, en la actualidad y en el futuro, llame a Servicios al Miembro. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección. También debe llamar a Servicios al Miembro si posteriormente quiere cambiar el idioma o el formato elegido. Encontrará el número de teléfono de Servicios al Miembro en la parte inferior de esta página. También puede enviar un correo electrónico a ATC_SC_MMP@centene.com.

Comuníquese con Servicios al Miembro si desea obtener información acerca de cualquiera de las siguientes opciones:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluidos estos datos:
 - información financiera;
 - qué calificación tiene el plan según los miembros del plan;
 - cuántas apelaciones presentaron los miembros;
 - cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, incluidos estos datos:
 - cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria;
 - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red;
 - cómo pagamos a los proveedores de la red.
 - una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, en el *Directorio de farmacias y proveedores*; Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, llame a Servicios al Miembro o visite mmp.absolutetotalcare.com/prescription-drug-part-d.html.
- Servicios cubiertos (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) y las normas que debe cumplir, que incluyen lo siguiente:
 - servicios y medicamentos cubiertos por el plan;
 - límites de cobertura y medicamentos;
 - reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.
- motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), que incluye solicitarnos lo siguiente:
 - poner por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto;

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 167



- cambiar una decisión que hayamos tomado;
- pagar una factura que recibió.

Como miembro de Wellcare Prime, usted tiene derecho a recibir información oportuna de parte nuestra sobre todo cambio en el plan. Esto incluye obtener la información escrita que figura en sus materiales de orientación una vez al año y recibir notificaciones de todo cambio importante en estos materiales 30 días antes de que se produzcan dichos cambios.

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted

Usted tiene derechos financieros. Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden cobrarle por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros pagamos un monto menor que lo que nos cobró el proveedor. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el Capítulo 7, Sección A.

Tiene derecho a no verse obligado a pagar costos que son responsabilidad de Wellcare Prime.

Tiene derecho a que no le cobren ningún costo compartido (copagos y deducibles) por los servicios de Medicare Part A y Part B.

F. Tiene derecho a abandonar nuestro plan en cualquier momento

Nadie puede obligarlo a que permanezca en nuestro plan si no desea hacerlo.

- Tiene derecho a acceder a la mayoría de los servicios de atención médica a través de los planes de Medicare Original o Medicare Advantage.
- Puede acceder a beneficios para medicamentos recetados de Medicare Part D a través de un plan de fármacos recetados o un plan de Medicare Advantage.
- Si abandona el plan, obtendrá los beneficios de Healthy Connections Medicaid en la forma en que solía obtenerlos antes de inscribirse. Se ofrecerán a través del tarifa por servicio de Healthy Connections Medicaid.
- Consulte el Capítulo 10, Sección C, para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos recetados nuevo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 168



G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a obtener toda la información de parte de sus médicos y otros proveedores de atención de salud. Los proveedores deben explicarle su condición médica y las opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene el derecho a:

- **Conocer su estado de salud.** Usted tiene derecho a que se le brinde información completa y precisa sobre su estado de salud.
- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe acerca de todos los tipos de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a ser informado acerca de cualquier riesgo inherente. Debe ser informado con anterioridad si cualquier servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse del hospital u otro centro médico, incluso cuando su médico le aconseje no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no se cancela su plan. Sin embargo, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted será totalmente responsable de lo que le suceda.
- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor rechaza la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nosotros si un proveedor le negó atención médica que cree que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina decisiones de cobertura. En la Sección F4 del Capítulo 9, se indica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.
- **Ser invitado a involucrar a los cuidadores y familiares en las conversaciones y decisiones sobre su tratamiento.**
- **Ser informado por adelantado y por escrito sobre si lo transfieren a otra ubicación para recibir tratamiento, así como sobre el motivo de la transferencia.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 169



G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud

A veces las personas no pueden tomar decisiones por sí mismas sobre su atención de salud. Antes de que eso le suceda, puede:

- Completar un formulario por escrito para **delegar en alguien el derecho a tomar decisiones acerca de la atención de salud.**
- **Entregar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención de salud en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar esas instrucciones se denomina instrucción anticipada. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Algunos ejemplos son un testamento en vida y un poder notarial para la atención de salud.

No es obligatorio hacer uso de las instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo si así lo desea. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle un formulario a su médico, al coordinador de atención, a un abogado, a una agencia de servicios legales o a un trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare o Healthy Connections Medicaid, como I-CARE (el programa de Seguro de Salud del Estado de South Carolina o SHIP), también pueden tener formularios de instrucciones anticipadas.
- **Completarlo y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar la opción de tener un abogado para que le ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas que deben saber de su existencia.** Debe entregar una copia del formulario a su médico. Además, debe entregarle una copia a la persona que designe para tomar decisiones por usted. Es posible que quiera que sus amigos cercanos o los miembros de la familia tengan también una copia. Conserve una copia en su hogar.
- Si usted será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve al hospital una copia con usted.**

En el hospital le preguntarán si tiene firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo trajo.

Si usted no firmó ese formulario, el hospital dispone de formularios y se le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar o no una directiva anticipada.

G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 170



Si usted firmó una instrucción anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar un reclamo ante su coordinador de atención o la Defensoría de Healthy Connections Prime.

H. Su derecho a opinar sobre cómo se administra el plan.

Si quiere compartir su opinión sobre cómo se está administrando el plan, llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página para comunicarse con nosotros.

I. Su derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

En el Capítulo 9, Sección C, se indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan. Si quiere obtener esta información, llame a Servicios al Miembro.

II. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos

Si cree que lo han tratado injustamente, y ese trato **no** está relacionado con los motivos de discriminación que se detallan en el Capítulo 11 de este manual, o si quiere obtener más información acerca de sus derechos, llame a los siguientes recursos:

- Servicios al Miembro.
- I-CARE, el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección E.
- La Defensoría de Healthy Connections Prime. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección I.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 171



- 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 deben llamar al 1-888-842-3620.

J. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de realizar las acciones que se indican a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

- **Lea el *Manual del Miembro*** para obtener información sobre qué está cubierto y qué reglas debe cumplir a fin de obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más información acerca de lo siguiente:
 - Servicios cubiertos; consulte el Capítulo 3, Sección A, y el Capítulo 4, Sección D. En esos capítulos, se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué normas debe cumplir y qué es lo que paga.
 - Medicamentos cubiertos; consulte la Sección A del Capítulo 5 y la Sección C del Capítulo 6.
- **Participe en un examen de salud inicial** en el momento de la inscripción en el plan. Si quiere obtener más información, consulte la Sección F del Capítulo 1 o llame a Servicios al Miembro.
- **Participe en una evaluación integral** dentro de los primeros 60 o 90 días de la membresía. Si quiere obtener más información, consulte la Sección F del Capítulo 1 o llame a Servicios al Miembro.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que usted haga uso de todas sus opciones de cobertura al momento de recibir atención médica. Si tiene otra cobertura, llame a Servicios al Miembro.
- **Informar al médico y a otros proveedores de atención de salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y a otros proveedores de atención de salud a que le puedan brindar la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que hayan acordado con los proveedores.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 172



- Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que usted esté tomando. Quedan comprendidos los medicamentos con receta, sin receta, las vitaminas y los suplementos.
- Cuando tenga alguna duda, asegúrese de preguntarla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que sea comprensible para usted. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También pretendemos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y las oficinas de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Las primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Wellcare Prime, Healthy Connections Medicaid paga las primas de la Parte A y la Parte B.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos informe de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera del área de servicios, ya no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que vivan en nuestra área de servicios se pueden inscribir en Wellcare Prime. En el Capítulo 1, Sección D, se informa sobre nuestra área de servicios.
 - Podemos ayudarle a determinar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio.
 - Además, asegúrese de informarles a Medicare y Healthy Connections Medicaid acerca de su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, Sección H, para encontrar los números de teléfono de Medicare y Healthy Connections Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicios, también debemos estar al tanto.** Tenemos que mantener actualizado el registro de su membresía y saber cómo contactarlo.
- **Pago de los montos correspondientes a la recuperación de patrimonio después de su muerte**
 - La recuperación de patrimonio es el monto que ciertos miembros le deben a Healthy Connections Medicaid después de su muerte.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 173



- No le deberá dinero a su plan, pero es posible que le deba dinero a Healthy Connections Medicaid por servicios que obtuvo antes de unirse a nuestro plan.
- El plan no está autorizado a cobrar la recuperación de patrimonio después de su muerte, pero le notificaremos a Healthy Connections Medicaid sobre su fallecimiento.
- Si, al morir, usted le debía dinero a Healthy Connections Medicaid, el estado puede cobrar una recuperación de patrimonio del dinero o los bienes que usted tenía.
- Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame al Departamento de Servicios para Afiliados de para obtener ayuda.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 174



Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o reclamo con respecto a su plan.
- Necesita un servicio, un artículo o un medicamento que su plan indique que no pagará.
- Está en desacuerdo con una decisión que su plan ha tomado sobre su atención.
- Considera que sus servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si tiene un problema relacionado con la salud o los servicios y el apoyo a largo plazo

Usted debe recibir la atención de la salud, los medicamentos, y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen necesarios para su atención como parte de su plan de atención de salud. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar a la Defensoría de Healthy Connections Prime Advocate al 1-844-477-4632 para recibir ayuda.** Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La llamada es gratuita. En este capítulo, se explican las diversas opciones que usted tiene para tratar diferentes problemas y reclamos, pero siempre puede llamar a la Defensoría de Healthy Connections Prime si necesita asesoramiento sobre su problema.

La Defensoría de Healthy Connections Prime defiende a las personas de South Carolina. Si quiere conocer recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección I, para obtener más información sobre los programas del Ombudsman.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com. 175



Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema	178
A1. Acerca de los términos legales	178
B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda.....	178
B1. Dónde puede obtener más información y asistencia	178
C. Problemas relacionados con sus beneficios	180
C1. ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para hacer un reclamo?.....	180
D. Decisiones de cobertura y apelaciones	180
D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones	180
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	181
D3. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará	182
E. Problemas con la atención médica	184
E1. Cuándo utilizar esta sección	184
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	185
E3. Apelación de nivel 1 por atención médica	187
E4. Apelación de nivel 2 por atención médica	192
E5. Problemas con pagos	196
F. Medicamentos de la Parte D	198
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D.....	198
F2. Qué es una excepción	199
F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones	200
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	202
F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D	205

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 176



F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D	208
G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada	209
G1. Información sobre sus derechos de Medicare.....	210
G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	211
G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	213
H. Qué hacer si considera que sus servicios de atención de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto	214
H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura	214
H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención.....	215
H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención.....	217
I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2	218
I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare	218
I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid ...	218
J. Cómo presentar un reclamo	219
J1. Qué tipos de problemas deberían ser reclamos.....	219
J2. Quejas internas.....	221
J3. Reclamos externos	222

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 177



A. Qué debe hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica 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 cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y plazos que deben ser cumplidos por nosotros y por usted.

A1. Acerca de los términos legales

Algunas reglas y plazos en este capítulo utilizan términos legales difíciles. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo cual hemos empleado palabras más simples en lugar de algunos términos jurídicos. Usamos abreviaciones lo menos posible.

Por ejemplo, diremos:

- “Hacer un reclamo” en lugar de “presentar una queja”
- “Decisión sobre la cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación expeditada”

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse más claramente, así que también los proporcionamos.

B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda

B1. Dónde puede obtener más información y asistencia

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para gestionar un problema. Esto puede ser específicamente cierto si no se siente bien o si sus energías son limitadas. Otras veces, es posible que usted no tenga los conocimientos necesarios para dar el paso siguiente.

Puede obtener ayuda a través de la Defensoría de Healthy Connections Prime

Si necesita ayuda, puede comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime. La Defensoría de Healthy Connections Prime es un programa de defensoría que puede responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para solucionar un problema. La Defensoría de Healthy Connections Prime no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Allí pueden ayudarlo a entender qué proceso usar. El número de teléfono de la Defensoría de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada y los servicios son gratuitos. Consulte el Capítulo 2, Sección I, para obtener más información sobre los programas del Ombudsman.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 178



Puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP). Los asesores de SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para lidiar con su problema. SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Cuenta con asesores capacitados en todos los estados, y los servicios son gratuitos. En South Carolina, el SHIP se denomina I-CARE, que quiere decir programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones del Médico para Personas Mayores. El número de teléfono de I-CARE es 1-800-868-9095 y su sitio web es aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estas llamadas y los servicios son gratuitos.

Cómo Obtener Ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para solicitar ayuda con problemas. Estas son dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Cómo obtener asistencia de Healthy Connections Medicaid

Puede llamar a Healthy Connections Medicaid directamente para que lo ayuden a resolver sus problemas. Estas son algunas formas en las que puede obtener asistencia de Healthy Connections Medicaid:

- Llame a Healthy Connections Medicaid, al 1-888-549-0820, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. 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

Puede obtener ayuda de otros recursos, como los que se enumeran a continuación:

- Protección y Defensoría para Personas con Discapacidades (por sus siglas en inglés, P&A), número gratuito, 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525
- Servicios legales de South Carolina, número gratuito, 1-888-346-5592.
- Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): Acentra Health al número gratuito 1-888-317-0751 (TTY: 711). Para obtener más información, consulte la Sección F del Capítulo 2.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 179



C. Problemas relacionados con sus beneficios

C1. ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para hacer un reclamo?

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación lo ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o reclamos.

¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si la atención médica particular (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B) está cubierta o no, sobre la forma en que está cubierta y sobre los problemas relacionados con el pago de la atención médica.	
Sí.	No.
Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.	Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura.
Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” .	Vaya a la Sección J: “Cómo hacer un reclamo” .

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B como **atención médica**.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión sobre la cobertura es una decisión inicial que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión sobre la cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos.

Si usted o su médico no están seguros de si Medicare o Healthy Connections Medicaid cubren un servicio, un artículo o un medicamento, ambos pueden solicitarnos una decisión de cobertura antes de que el médico le brinde el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Si quiere obtener más información, visite mmp.absolutetotalcare.com.



¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura si considera que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, un artículo o un medicamento que usted necesita no están cubiertos o que ya no están cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién debo llamar para obtener ayuda con las decisiones de cobertura o la presentación de una apelación?

Puede pedirle ayuda a alguna de las siguientes tres personas:

- Llame al **Departamento de Servicios al Miembro**, al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Llame a la **Defensoría de Healthy Connections Prime** para recibir ayuda en forma gratuita. La Defensoría de Healthy Connections Prime ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime con problemas relacionados con los servicios y la facturación. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP)**, denominado I-CARE en South Carolina, para obtener ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No está relacionada con este plan. El número de teléfono es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden pedir una decisión sobre la cobertura o hacer una apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o con un familiar** y pídale que lo represente. Usted puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si usted quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y pida el formulario de Designación de un representante. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web <https://mmp.absolutetotalcare.com/resources.html>. El formulario le otorga permiso a esa persona para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 181



- **Usted también tiene derecho a solicitarle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de referencia. Algunas organizaciones jurídicas le brindarán servicios jurídicos gratuitos si reúne los requisitos. Si quiere que un abogado lo represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un Representante.
 - Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar decisiones sobre la cobertura o para hacer una apelación.

D3. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Separamos este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que debe seguir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema.**

- En la **Sección E**, se brinda información si tiene problemas relacionados con la atención médica (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, consulte esta sección si:
 - usted no está recibiendo la atención médica que desea y considera que nuestro plan cubre esta atención.
 - No aprobamos atención médica que su médico desea ofrecerle, y usted cree que esta atención debería estar cubierta.
 - **NOTA:** Solo utilice la Sección E si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como *Lista de Medicamentos*, que estén señalados con “NT” **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F para conocer sobre las apelaciones por medicamentos de la Parte D.
 - Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta, pero no pagamos por esta.
 - Recibió y pagó la atención médica que pensó que estaba cubierta y quiere solicitar un reembolso.
 - Le dicen que la cobertura de la atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se detendrá, y usted está no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se suspende es para servicios de atención hospitalaria, atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 182



Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer una sección aparte de este capítulo, debido a que se aplican normas especiales a estos tipos de atención. Consulte las Secciones G y H.

- Su solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud: si su solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud por usted, pero no nos ha dado exámenes de que usted aceptó permitirles hacer la solicitud o si solicita que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de desestimación. Esta revisión es un proceso formal que se denomina apelación.
- En la **Sección F**, se brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, consulte esta sección si:
 - Desea solicitarnos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*.
 - Desea solicitarnos que omitamos los límites de la cantidad del medicamento que puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa (PA) o aprobación.
 - No aprobamos su solicitud o excepción y usted, su médico u otro profesional que expide recetas piensan que deberíamos haberlo hecho.
 - Desea solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que ya compró. (Este es un pedido de una decisión sobre la cobertura con respecto al pago).
- En la **Sección G**, se brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto. Consulte esta sección si:
 - Está en el hospital y considera que el médico le solicitó que abandone el hospital demasiado pronto.
- En la **Sección H**, se brinda información en caso de que considere que la atención de salud en el hogar, la atención en centros de enfermería especializada y los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios al Miembro, al número que figura en la parte inferior de la página.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 183



Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la Defensoría de Healthy Connections Prime, al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

E. Problemas con la atención médica

E1. Cuándo utilizar esta sección

En esta sección, se indica qué hacer si tiene problemas con los beneficios para atención médica, como servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS). También puede utilizar esta sección para problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Part B. Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* que están señalados con “NT” **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección F para conocer sobre las apelaciones por medicamentos de la Parte D.

Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. Considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la Sección E2 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención médica que su médico desea brindarle, y usted cree que deberíamos haberlo hecho.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Recibió atención médica que considera que cubrimos, pero no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó atención médica que pensó que estaba cubierta y quiere solicitar un reembolso por los servicios o artículos.

Qué puede hacer: Puede solicitar que le hagamos un reembolso. Consulte la Sección E5 para obtener información sobre cómo solicitarnos el pago.

5. Redujimos o detuvimos su cobertura de atención médica, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o detener el servicio. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 184



NOTA: Si la cobertura que se cancelará corresponde a atención hospitalaria, servicios de cuidado médico domiciliario, servicios de enfermería especializada o servicios de rehabilitación ambulatoria (CORF), se aplican normas especiales. Consulte las Secciones G o H para obtener más información.

E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, de salud del comportamiento o servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o médico que nos solicite que tomemos una decisión.

- Puede llamarnos a: 1-855-735-4398 TTY: 711. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Puede enviarnos un fax a: 1-844-503-8866.

Para solicitudes de medicamentos de la Parte B, envíe un fax al: 1-844-941-1331.

- Puede escribirnos a:

Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)
100 Center Point Circle, Suite 100
Columbia, SC 29210

¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, se demora hasta 14 días calendario después de que se solicite, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de Medicare Part B. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas como máximo a partir de la recepción de la solicitud. Si no le damos nuestra decisión en un plazo de 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento recetado de Medicare Part B), puede apelar.

A veces necesitamos más tiempo, y le enviaremos una carta en la que se le indique que necesitamos hasta 14 días calendario adicionales. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

¿Puedo tener una decisión de cobertura más rápida?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas (o de 24 horas para un medicamento recetado de Medicare Part B).

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a

viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com. 185



Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo, y le enviaremos una carta en la que se le indicará que necesitamos hasta 14 días calendario adicionales. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

El término legal para “decisión rápida sobre la cobertura ” es “determinación acelerada”.

Cómo solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para que cubramos la atención que desea.
- Puede llamarnos al 1-855-735-4398 (TTY: 711) o enviarnos un fax al 1-844-503-8866. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- También puede solicitar que su médico o su representante nos llamen.

Estas son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir estos dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solamente si solicita cobertura de artículos o servicios médicos que aún no ha recibido**. (No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si solicita el pago de artículos o servicios que ya recibió).
2. Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **únicamente si el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Part B) pudiera ocasionarle un daño grave a su salud o dañar su capacidad de mantener sus funciones**.
 - Si su médico dice que necesita una decisión rápida sobre la cobertura, le daremos una automáticamente.
 - Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si usted obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
 - Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta. También utilizaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Part B) en su lugar.
 - Esta carta le informará que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente se la daremos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 186



- La carta también le indicará cómo presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar sobre la cobertura en lugar de una decisión rápida sobre la cobertura. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J.

Si la decisión de cobertura es “no”, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es "no", le enviaremos una carta en la que se detallen las razones **correspondientes**.

- Si lo **rechazamos**, usted tiene derecho a pedirnos que cambiemos esta decisión presentando una apelación. Hacer una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si usted decide presentar una apelación, significa que está pasando al Nivel 1 del proceso de apelación (lea la sección a continuación para más información).

E3. Apelación de nivel 1 por atención médica

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura si considera que hemos cometido un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación. En todos los casos, debe comenzar la apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar a la Defensoría de Healthy Connections Prime, al 1-844-477-4632. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). La Defensoría de Healthy Connections Prime no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 187



¿Qué es una apelación de nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación para nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para saber si es correcta. El revisor será alguien que no tomó la decisión sobre la cobertura original. Cuando finalicemos la revisión, le informaremos de la decisión por escrito.

Si después de la revisión le informamos que el servicio o el artículo no están cubiertos, su caso puede dirigirse a una Apelación de Nivel 2.

¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por apelaciones, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- Puede solicitarnos una "apelación normal" o una "apelación rápida".
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede enviar su solicitud a la siguiente dirección:

Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)
Attn: Appeals and Grievances – Medicare Operations
P.O. Box 10450
Van Nuys, CA 91410-0450

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden asentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o por fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte **en un plazo de 65 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si se le vence el plazo por un motivo justificado, aún podrá apelar.
- Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso.
- Siga leyendo esta sección para saber qué plazo aplica a su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

- También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

El término legal para “apelación rápida” se conoce formalmente como “reconsideración acelerada”.

¿Puede un tercero presentar una apelación en mi nombre?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación por usted. Además, alguien diferente a su médico u otro proveedor puede presentar una apelación por usted, pero primero usted debe completar el Formulario de Designación de Representante. El formulario le otorga permiso a esa otra persona para actuar en su nombre.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando por usted, su solicitud de apelación será rechazada. En tal caso, tendrá derecho a que otra persona revise la denegatoria. Le enviaremos un aviso escrito en el que se le dará una explicación sobre su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

Para obtener un Formulario de designación de representante, llame a Servicios al Miembro y solicite uno, o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestro sitio web mmp.absolutetotalcare.com/resources.html.

Si la apelación la presenta alguien que no sea usted, su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario de Designación de Representante completo antes de poder revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si deja pasar la fecha límite y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Ejemplos de un motivo justificado son: usted tenía una enfermedad grave o le di la información errónea acerca del plazo para presentar una apelación. Debe explicar el motivo por el que su apelación no cumplió el plazo cuando haga su apelación.

NOTA: Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?” para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com. 189



¿Puedo obtener una copia de mi expediente del caso?

Sí. Solicite una copia gratuita por teléfono al número de Servicios al Miembro que figura en la parte inferior de la página.

¿Puede mi médico brindarles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos detalladamente toda la información acerca de la solicitud de cobertura de cuidado médico. Luego, verificamos si cumplimos con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de su apelación (o de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B). Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su afección de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días corridos (o de 7 días corridos a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B) o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelación si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará si esto sucede. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4.

Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura en un

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 190



plazo de 30 días corridos a partir de la recepción de su apelación (o de 7 días corridos desde la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Part B).

Si rechazamos total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la entidad de revisión independiente para una apelación de nivel 2. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, la carta le informará cómo presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4.

¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “rápida”?

Si usted solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en el plazo de las 72 horas de haber recibido su apelación. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelación si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará si esto sucede. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4.

Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación.

Si rechazamos total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la entidad de revisión independiente para una apelación de nivel 2. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, la carta le informará cómo presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 191



el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?

Si decidimos modificar o interrumpir la cobertura de un servicio que fue aprobado previamente, le enviaremos un aviso con un mínimo de 10 días calendario de anticipación antes de hacerlo. Si usted no está de acuerdo con esta medida, puede presentar una apelación de nivel 1 y solicitarnos que continuemos sus beneficios mientras la apelación está pendiente. Usted debe **realizar la solicitud en una de las siguientes fechas o antes, la fecha que sea posterior**, para continuar con sus beneficios:

- Dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del envío de nuestro **Aviso de Acción**.
- en la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción.

Si cumple con esta fecha límite, puede seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación.

E4. Apelación de nivel 2 por atención médica

Si el plan rechaza en el nivel 1, ¿cuál es el paso siguiente?

Si **rechazamos** total o parcialmente su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si el servicio o artículo suelen estar cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid.

- Si su problema se trata de un servicio o artículo de **Medicare**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (IRE) tan pronto como la apelación de Nivel 1 esté completa.
- Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de **Healthy Connections Medicaid**, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo ante la División de Apelaciones y Audiencias. La carta le indicará cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo que podrían estar **cubiertos por** Medicare y Healthy Connections Medicaid, usted obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la IRE para una revisión de la cobertura de Medicare. También puede solicitar una apelación de nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias para una revisión sobre la cobertura de Medicaid.

¿Qué es una apelación de nivel 2?

Una apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, que realiza una organización independiente no vinculada con el plan. Puede ser una entidad de revisión independiente (IRE) o la División de Apelaciones y Audiencias. La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es un organismo gubernamental. Medicare supervisa su trabajo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?

La apelación de nivel 2 por los servicios y los artículos de Healthy Connections Medicaid se denomina “audiencia imparcial ante el estado”.

Si quiere solicitar una audiencia imparcial ante el estado, debe comunicarse con la División de Apelaciones y Audiencias por escrito. Debe solicitar la audiencia imparcial ante el estado por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** a partir la fecha en que enviamos la carta de decisión relacionada con su apelación de nivel 1, a menos que la División de Apelaciones y Audiencias extienda el plazo.

También puede solicitar una audiencia imparcial ante el Estado completando una solicitud en línea, en msp.scdhhs.gov/appeals.

También puede presentar su solicitud en persona, enviarla por fax al 803-255-8206 o escribir a la siguiente dirección:

Division of Appeals and Hearings
South Carolina Department of Health and Human Services
P.O. Box 8206
Columbia, SC 29202-8206

Si se le otorga una audiencia, la División de Apelaciones y Audiencias le enviará un aviso por correo que le indicará la hora, la fecha y el lugar donde se llevará a cabo. Durante la audiencia, un funcionario imparcial de audiencia escuchará su explicación de por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. El funcionario de la audiencia también escuchará nuestra explicación al respecto. Además, hará preguntas para obtener la información suficiente para determinar si su caso se manejó de forma correcta.

- La División de Apelaciones y Audiencias debe emitir una decisión sobre la audiencia dentro de los 90 días corridos desde la fecha en la que presentó una apelación ante el plan.
- Si reúne los requisitos para que se realice una revisión rápida, la División de Apelaciones y Audiencias le informará una decisión dentro de los 3 días hábiles.
 - Sin embargo, la División de Apelaciones y Audiencias puede demorar hasta 14 días calendario más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo.
 - Si la División de Apelaciones y Audiencias necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta.

Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué ocurrirá en la apelación

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 193



de nivel 2?

Una entidad de revisión independiente (IRE) leerá detenidamente la decisión de nivel 1 y determinará si debe ser modificada.

- No es necesario que solicite la Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente a la IRE cualquier negativa (total o parcial). Se le notificará si esto sucede.
- La IRE tiene contrato con Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su expediente por teléfono al número de Servicios al Miembro que figura en la parte inferior de la página.

La IRE debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que reciba su apelación (o en un plazo de 7 días calendario a partir del momento en que reciba la apelación para un medicamento recetado de Medicare Part B). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de recibir servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo puede beneficiar, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

Si tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una “apelación rápida” en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas desde el momento en que obtenga su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo puede beneficiar, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

¿Qué sucede si el servicio o artículo están cubiertos tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid?

Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid, enviaremos automáticamente la apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente para que esta realice una revisión sobre la cobertura de Medicare. También puede presentar una apelación de nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias para una revisión sobre la cobertura de Healthy Connections Medicaid. Siga las instrucciones.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 194



Si decidimos modificar o interrumpir la cobertura de un servicio que había sido aprobado previamente, en algunos casos puede solicitar que continuemos los beneficios durante la apelación de nivel 2.

- Si el problema está relacionado con un servicio cubierto por Medicare, los beneficios para ese servicio **no** continuarán durante la apelación de nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente.
- Si el problema está relacionado con un servicio cubierto por Healthy Connections Medicaid (incluido un servicio cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid), puede pedir que sus beneficios para el servicio continúen durante el proceso de apelación de nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias. Debe presentar la solicitud en los siguientes momentos o antes para continuar sus beneficios:
 - En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la apelación de nivel 1 de la decisión.
 - en la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción.
- Si cumple con esta fecha límite, puede seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación.

¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su apelación de nivel 2 se dirigió a la División de Apelaciones y Audiencias, esta le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- Si la División de Apelaciones y Audiencias **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar la cobertura en un plazo de 72 horas.
- Si la División de Apelaciones y Audiencias **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se llama "confirmar la decisión". También se le llama "rechazar su apelación".

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), le enviará una carta en la que se explique su decisión.

- Si la IRE **rechaza** total o parcialmente su solicitud en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionarle el servicio o el artículo en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que obtengamos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o proporcionarle el servicio o el artículo en un plazo de 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** total o parcialmente su solicitud en su apelación estándar para un medicamento recetado de Medicare Part B, debemos autorizar o proporcionar el

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 195



medicamento recetado de Medicare Part B en un plazo de 72 horas posteriores a obtener la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Part B en un plazo de 24 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.

- Si la IRE **rechaza** total o parcialmente su solicitud, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se llama "confirmar la decisión". También se le llama "rechazar su apelación".

¿Qué sucede si presenté una apelación tanto a la Entidad de Revisión Independiente como a la División de Apelaciones y Audiencias y toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de Revisión Independiente o la División de Apelaciones y Audiencias deciden **aceptar** en forma total o parcial su solicitud, le brindaremos el servicio o el artículo aprobado que sea más cercano al que solicitó en la apelación.

Si rechazan mi solicitud en forma total o parcial, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación de nivel 2 va a la División de Apelaciones y Audiencias y usted no está de acuerdo con la decisión del funcionario de la audiencia, puede presentar una apelación ante un tribunal especializado en derecho administrativo. Debe presentar esta apelación dentro de los 30 días calendario desde la fecha en la que le notificaron de la decisión. Deberá pagar una tarifa para presentar la apelación.

Si su apelación de nivel 2 pasó a la entidad de revisión independiente (IRE), puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. La carta que reciba de la IRE explicará los derechos adicionales de apelación que pueda tener.

Consulte la Sección I para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

E5. Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le pedirá que pague el saldo de cualquier factura. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenlos. **Usted no debe pagar la factura.** Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: "Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos". El Capítulo 7 describe las situaciones en las que posiblemente deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

¿Puedo solicitarles que me reembolsen el monto de un servicio o artículo que ya pagué?

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 196



Recuerde que, si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagarla. Pero si la paga, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios y artículos.

Si está solicitando que se le devuelva el dinero, está solicitando una decisión sobre la cobertura. Verificaremos si el servicio o el artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto, y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago del servicio o artículo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. Si usted todavía no ha pagado por el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si no siguió las reglas, le enviaremos una carta en la que se le indicará que no pagaremos por el servicio o artículo, y le explicaremos por qué.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección E3. Cuando siga las instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por reembolso, debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos por un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por escrito si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (También se denomina “sostener la decisión” o “rechazar su apelación”). La carta que recibirá le explicará los derechos adicionales de apelación que tenga. Puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. Consulte la Sección I para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 197



Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Healthy Connections Medicaid, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo (consulte la Sección E4).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son "Medicamentos Parte D". Hay algunos medicamentos que Medicare Part D no cubre, pero que Healthy Connections Medicaid puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Parte D.**

En la Lista de Medicamentos, se incluyen algunos medicamentos marcados como "NT". Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos con un símbolo "NT" siguen el proceso descrito en la Sección E.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitarnos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en la Lista de Medicamentos del plan
 - Solicitarnos que omitamos una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como los límites a la cantidad que puede obtener de un medicamento)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está en la *Lista de Medicamentos* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).

NOTA: Si en su farmacia le dicen que su receta no puede abastecerse, recibirá un aviso en el que se le explicará cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

El término legal para una decisión sobre la cobertura de sus medicamentos de la Parte D se conoce formalmente como "**determinación de la cobertura**".

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 198



Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, usted puede apelar nuestra decisión. Esta Sección le indica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Utilice la tabla a continuación para que le ayude a decidir qué sección contiene la información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> o necesita que hagamos una excepción a una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede solicitar que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura). Comience con la Sección F2. Consulte también las Secciones F3 y F4.</p>	<p>¿Quiere que incluyamos un medicamento en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> y cree que cumple con las normas o restricciones de algún plan (como la de obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección F4.</p>	<p>¿Desea que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitar que le hagamos un reembolso. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura). Vaya a la Sección F4.</p>	<p>¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que sea cubierto o pagado?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos). Vaya a la Sección F5.</p>

F2. Qué es una excepción

Una excepción es el permiso para obtener cobertura de un medicamento que normalmente no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o para usarlo sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no está en la *Lista de Medicamentos* o no está cubierto como le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Cuando usted solicite una excepción, su médico u otro profesional que expide recetas deberán explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico o un profesional que expide recetas nos puede solicitar:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Usted no puede solicitar una excepción al monto del copago o del coseguro que debe pagar por el medicamento.
2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (para obtener más información, consulte la Sección B del Capítulo 5).
 - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen:
 - Exigencia de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. (a veces, esto se denomina “autorización previa” (PA)).
 - Exigencia de que pruebe primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted está solicitando. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
 - Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede adquirir.

El término legal para solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina una “**excepción al formulario**”.

F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones

El médico u otro profesional que expide recetas deben informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que expide recetas debe proporcionarnos una declaración escrita que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico u otro profesional que expide recetas cuando pida la excepción.

Normalmente, nuestra *Lista de Medicamentos* incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 200



alternativo podría ser tan eficaz como el medicamento que usted está solicitando y no provocaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta suele tener validez hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección F5, se indica cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

La sección a continuación le explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 201



F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión sobre la cobertura que usted desea. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden hacerlo. Puede llamarnos al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otro profesional que expide recetas) o quien actúe en su nombre puede solicitar una decisión sobre la cobertura. También puede tener a un abogado que actúen en su nombre.
- Lea la Sección D para saber cómo otorgar permiso a otra persona para que actúe como su representante.
- No es necesario que otorgue permiso por escrito a su médico u otro profesional que expide recetas para que nos pida una decisión sobre la cobertura en su nombre.

Resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para preguntar, o solicítele a su representante, médico u otro profesional que expide recetas que pregunte. Le daremos una respuesta acerca de una decisión estándar sobre la cobertura en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso de un medicamento en la Parte D que ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico o de otro profesional que expide recetas.
- Usted, su médico u otro profesional que expide recetas puede pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas suelen llegar en 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También consúltelo para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

- Si quiere solicitarnos el reembolso de un medicamento, lea la Sección A del Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7, se describen las ocasiones en las que posiblemente deba solicitar un reembolso.

Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a

viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 202



- En caso de que solicite una excepción, adjunte la “declaración de apoyo”. Su médico u otro profesional que expide recetas debe proporcionarnos las razones médicas para la excepción de medicamentos. Esto se llama “declaración de apoyo”.
- Su médico u otro profesional que expide recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional que expide recetas se puede comunicar con nosotros por teléfono y luego enviar por fax o correo una declaración escrita.

Si su salud así lo requiere, pídanos que le demos una “decisión rápida sobre la cobertura”

Utilizaremos los “plazos estándar”, a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión estándar sobre la cobertura** significa que le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 72 horas de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de su médico.

El término legal para “determinación de cobertura” es “determinación de cobertura acelerada”.

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura únicamente si está solicitando un **medicamento que aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura cuando nos solicite el reembolso de un medicamento que ya adquirió).

Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura únicamente si el hecho de utilizar los plazos estándar pudiera **ocasionarle un daño grave a su salud o dañar su capacidad de mantener sus funciones**.

Si su médico u otro profesional que expide recetas nos informan que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, automáticamente accederemos a brindarle una decisión rápida sobre la cobertura, y la carta se lo indicará.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin la justificación de su médico u otro profesional que expide recetas), nosotros decidiremos si usted obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, utilizaremos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviaremos una carta comunicándonoselo. La carta le dirá cómo hacer un reclamo sobre nuestra decisión de entregarle una decisión estándar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 203



- Usted puede presentar una "queja rápida" y obtener una respuesta a la misma en un plazo de 24 horas. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa un plazo no superior a 24 horas luego de haber recibido su solicitud. O si solicita una excepción, esta debe hacerse 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico o profesional que expide recetas que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, debemos ofrecer la cobertura en un plazo de 24 horas posteriores a la obtención de su solicitud o la declaración que apoye su solicitud por parte de su médico o profesional que expide recetas.
- **Si rechazamos** su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta con los motivos de haberlo **rechazado**. En la carta también le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que usted aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud. O, si solicita una excepción, esta debe hacerse 72 horas después de que recibamos la declaración de apoyo de su médico o el profesional que expide recetas. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 72 horas posteriores a la obtención de su solicitud o, si solicita una excepción, de la declaración de apoyo de su médico o profesional que expide recetas.
- **Si rechazamos** su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta con los motivos de haberlo **rechazado**. En la carta también le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 204



Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, le realizaremos el pago en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta con los motivos de haberlo **rechazado**. En la carta también le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional que expide recetas, o su representante debe comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Para solicitar una apelación estándar, puede presentar la apelación enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Si desea una apelación rápida, podrá presentar su apelación por escrito o llamarnos por teléfono.
- Presente su solicitud de apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha en el aviso que enviamos para informarle nuestra decisión. Si se le vence ese plazo y tenía un motivo justificado para ello, es posible que le concedamos más tiempo para presentar la apelación. Por

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o profesional que expide recetas, o su representante puede asentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o por fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte **en un plazo de 65 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si se le vence el plazo por un motivo justificado, aún podrá apelar.
- Usted, su médico o profesional que expide recetas, o su representante puede llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También consúltelo para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 205



ejemplo, algunos motivos justificado para que se le venza un plazo sería usted tuviera una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros o si le diéramos información incorrecta o incompleta sobre los plazos para solicitar una apelación.

- Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios al Miembro, al número que figura en la parte inferior de la página.

El término legal para una apelación al plan acerca de una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se conoce formalmente como una “**redeterminación**” del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que expide recetas pueden aportarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si usted apela una decisión que nuestro plan tomó acerca de un medicamento que aún no ha adquirido, usted, su médico u otro profesional que expide recetas deberá decidir si es necesaria una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para una “decisión rápida sobre la cobertura”, que figuran en la Sección F4 .

El término legal para “apelación rápida” se conoce formalmente como “**redeterminación acelerada**”.

El plan revisará su apelación y le informará sobre nuestra decisión

- Nuevamente, examinamos en detalle toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que expide recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no tomó la decisión sobre la cobertura original.

Plazos para una apelación rápida

- Si estamos aplicando los plazos rápidos, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 206



- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, debemos proporcionar la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**.

Plazos para una apelación estándar

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si nos pide que le devolvamos su dinero por un medicamento que ya compró. Si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si considera que su salud lo requiere, deberá solicitar una apelación “rápida”.
- Si no tomamos una decisión en un plazo de los 7 días corridos o 14 días corridos si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar a los 7 días calendario desde la recepción de su apelación o a los 14 días calendario si nos solicitó el reembolso de un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud para reembolsarle por un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué la **rechazamos** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 207



F6. Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** en forma total o parcial su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si presenta otra apelación. Si decide continuar a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito. La carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando haga una apelación a la IRE, le enviaremos su archivo de caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso. Para ello, llame a Servicios al Miembro, al número que figura en la parte inferior de la página.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente, contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

El término legal para apelar a la IRE sobre un medicamento de la Parte D se conoce formalmente como “**reconsideración**”.

Plazos para una “apelación rápida” en el nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Si la IRE acuerda darle una “apelación rápida”, esta deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud de apelación.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito.

- Pregunte **en un plazo de 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si se le vence el plazo por un motivo justificado, aún podrá apelar.
- Usted, su médico u otro profesional que expide recetas, o su representante puede solicitar la Apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También consúltelo para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a

viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 208



- Si la IRE **acepta** su solicitud total o parcialmente, debemos autorizar o entregar la cobertura del medicamento en un plazo de 24 horas posteriores a obtener la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario posteriores recibir su apelación, o de 14 días calendario si nos solicitó que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró.
 - Si la IRE **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la decisión.
 - Si la IRE aprueba su solicitud de devolverle el dinero de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario posteriores a recibir la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su apelación de nivel 2?

Rechazar significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si desea continuar al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicita deben cumplir con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, usted no podrá continuar con su apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedir una apelación de Nivel 3. La carta que reciba de la IRE le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada

Cuando usted ingresa en un hospital, tiene el derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deba dejar el hospital. También lo ayudarán a coordinar cualquier atención que podría necesitar cuando se vaya.

- El día que usted se va del hospital se denomina “fecha del alta”.
- El médico o el personal del hospital le comunicarán cuándo es su fecha de alta.

Si considera que le están dando el alta demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada. En esta sección, se explica cómo realizar una solicitud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 209



G1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dos días después de que haya sido admitido al hospital, un trabajador de casos o una enfermera le dará un aviso que se llama “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro que figura en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no comprende. El “Mensaje importante” le informa acerca de sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:

- Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización en el hospital. Tiene el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién paga por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Ser parte de cualquier decisión acerca de la duración de su hospitalización en el hospital.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.
- Apelar la decisión sobre su alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan dicho.

Guarde su copia firmada del aviso así tendrá toda información con usted, en caso de necesitarla.

- Para leer una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios al Miembro, al número que figura en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro o a Medicare a los números indicados anteriormente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 210



G2. Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizará la revisión de la apelación de nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

En South Carolina, la organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Acentra Health. Si quiere presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Acentra Health, al 1-888-317-0751 (TTY: 711).

Llame de inmediato

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) **antes** de abandonar el hospital y en un plazo no superior a la fecha planificada para su alta. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- **Si usted llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital luego de su fecha de alta planificada sin hacerse cargo de los gastos hasta recibir la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, posiblemente deba pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-317-0751, y solicite una revisión rápida.

Llame antes de abandonar el hospital y antes de su fecha de alta prevista.

Queremos asegurarnos de que sabe qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro, al número que figura en la parte inferior de la página. Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, que en South Carolina se denomina I-CARE, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede llamar a la Defensoría de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 211



¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Solicite una revisión rápida

Usted debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Al solicitar una “revisión rápida”, usted pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándar.

El término legal para “revisión rápida” se conoce formalmente como “**revisión inmediata**”.

¿Qué sucede 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 cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No es necesario que usted prepare una respuesta por escrito, aunque si lo desea puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su historial médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos describan su apelación, recibirá una carta que indique su fecha de alta planificada. La carta explica las razones por las que nosotros, junto con su médico y el hospital, creemos que es adecuado que sea dado de alta en esa fecha.

El término jurídico para esta explicación escrita se llama “**Aviso detallado de Alta**”.

Puede pedir una muestra llamando al Departamento de Servicios al Miembro, al número que figura en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el modelo de aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios mientras sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, significa que creen que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. Si esto

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 212



ocurre, la cobertura que brindamos para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía, el día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le brinde la respuesta.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su solicitud y usted decide quedarse en el hospital, entonces es posible que deba pagar la continuación de su estadía en el hospital. El costo de la atención hospitalaria que puede tener que pagar comienza al mediodía del día posterior a la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Usted deberá comunicarse nuevamente a la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicitarle otra revisión.

Solicite esta revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de que finalizara la fecha de la cobertura de la atención.

En South Carolina, la organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Acentra Health. Puede comunicarse con Acentra Health al 1-888-317-0751 (TTY: 711).

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisarán nuevamente toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario tras la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-317-0751, y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Debemos devolverle el dinero por nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que obtuvo desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos continuar brindando la cobertura por la atención que recibe en el hospital, siempre que sea médicamente necesario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a

viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 213



- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y tal vez haya limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

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 reciba le dirá qué hacer si desea seguir adelante con el proceso de apelación.

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 internación después de la fecha de alta planificada.

H. Qué hacer si considera que sus servicios de atención de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto

Esta sección únicamente se refiere a los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidado médico domiciliario.
- Servicios de enfermería especializada.
- La atención de rehabilitación que recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto implica que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, tiene el derecho de seguir recibiendo servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que lo necesita.
 - Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando se termina la cobertura de esa atención, dejamos de pagar el costo por la atención.

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esta se denomina “Aviso de No Cobertura de Medicare”. En el aviso por escrito se informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Usted o su representante deberán firmar el aviso por escrito para demostrar que la recibió. Firmar la notificación **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que debe dejar de recibir cuidado.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar.

H2. Apelación de nivel 1 para continuar con su atención

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar con su apelación, debe comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos que corresponden a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos nuestros plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección J, se indica cómo presentar un reclamo).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro, al número que figura en la parte inferior de la página. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, denominado I-CARE en South Carolina, 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 tomamos. En South Carolina, la organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Acentra Health. Puede comunicarse con Acentra Health al 1-888-317-0751 (TTY: 711). También encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el Aviso de No Cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le dijeron que dejaríamos de cubrir su atención.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

¿Qué debe solicitar?

Solicite una “apelación por vía rápida”. Esta es una revisión independiente de si es o no médicamente

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-317-0751, y solicite una apelación por vía rápida.

Llame antes de abandonar la agencia o centro que le está brindando la atención y antes de su fecha de alta prevista.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 215

adecuado para nosotros cancelar la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es el plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que recibió el aviso por escrito informándole cuándo finalizará la cobertura de su cuidado.

El término legal para referirse al aviso por escrito se conoce formalmente como “**Notificación de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia, llame a Servicios al Miembro, al número que figura en la parte inferior de la página, o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI

¿Qué sucede durante una revisión de 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 considera que la cobertura para los servicios debe continuar. No es necesario que usted prepare una respuesta por escrito, aunque si lo desea puede hacerlo.
- Cuando pide una apelación, el plan debe escribir una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad explicando por qué sus servicios deben terminar.
- Los revisores también observarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán otra información que el hospital o nuestro plan le hayan entregado.
- **En el plazo de un día completo después de que los revisores tengan toda la información necesaria, le informarán su decisión.** Usted recibirá una carta que le explicará la decisión.

El término legal de la carta que explica por qué sus servicios deben terminar es conocido formalmente como “**Explicación Detallada de No Cobertura**”.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces debemos seguir brindando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le informamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.
- Si decide continuar recibiendo atención de salud en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 216



pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, usted deberá pagar el costo total de esta atención.

H3. Apelación de nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su apelación **y** usted elige continuar recibiendo atención después de que la cobertura para la atención haya finalizado, puede presentar una apelación de nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará nuevamente la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención de salud a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura.

En South Carolina, la organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Acentra Health. Puede comunicarse con Acentra Health al 1-888-317-0751 (TTY: 711). Solicite esta revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si continuó recibiendo el cuidado luego de la fecha en que finalizó su cobertura del cuidado.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar que el plan cubra su atención por más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-317-0751, y solicite otra revisión.

Llame antes de abandonar la agencia o centro que le está brindando la atención y antes de su fecha de alta prevista.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisarán nuevamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión en un plazo de 14 días calendario tras la recepción de su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos continuar proporcionándole cobertura para el cuidado por el tiempo que sea médicamente necesario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 217



¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre la Apelación de Nivel 1 y no la modificarán.
- La carta que reciba le informará qué hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará la información relativa a cómo pasar al siguiente nivel de apelación, el cual está a cargo de un juez.

I. Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a pasar a otros niveles de apelación. La carta que recibe de la Entidad de Revisión Independiente le informará qué debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado adjudicador. Si desea que un ALJ o un juez de derecho administrativo revisen su caso, el artículo o servicio médico que está solicitando debe alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor al nivel mínimo, usted no podrá seguir adelante con la apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedir a un ALJ o un juez de derecho administrativo que atienda su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o el abogado adjudicador, puede recurrir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, es posible que tenga el derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelación, puede comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Healthy Connections Medicaid, y ambas apelaciones fueron rechazadas, tiene derecho a pasar a otros niveles de apelación. Si tiene preguntas después de su apelación de nivel 2, comuníquese con la Defensoría de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En la defensoría le explicarán sus alternativas y actuarán en defensa de sus intereses.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 218



El nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un tribunal especializado en derecho administrativo. Si quiere solicitar una audiencia ante un ALC, complete el formulario “Solicitud de una Audiencia de Caso Impugnado”, disponible en www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf.

Debe presentar este formulario dentro de los 30 días calendario desde la fecha en la que le notificaron de la decisión de nivel 2. Deberá pagar una tarifa de \$25 para presentar la apelación. Si no puede pagar la tarifa, puede presentar el formulario “Solicitud de eximición de la tarifa”. Este formulario está disponible en www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf.

Si está apelando una decisión de nivel 2 tomada en una audiencia, usted será responsable de pagar el costo de hacer una transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro escrito de la audiencia. El costo de una transcripción es alrededor de \$16 por cada hora que el transcriptor dedique a tipear el documento.

Las reglas para apelar ante un ALC están disponibles en www.scalc.net/rules.aspx. Si no sigue estas normas, es posible que rechacen su apelación.

J. Cómo presentar un reclamo

J1. Qué tipos de problemas deberían ser reclamos

El proceso de presentación de reclamos se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas, como aquellos relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se incluyen algunos ejemplos de los problemas gestionados mediante el proceso de reclamo.

Reclamos sobre la calidad

- Usted está insatisfecho con la calidad de la atención, como por ejemplo la atención que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información suya que es confidencial.

Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue rudo o irrespetuoso con usted.
- El personal de Wellcare Prime lo trató mal.

Resumen: Cómo presentar un reclamo

Usted puede presentar un reclamo interno a nuestro plan y/o un reclamo externo a una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para realizar un reclamo interno, llame a Servicios al Miembro o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan reclamos externos. Para obtener más información, lea la [Sección J3](#).

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 219



- Cree que lo están obligando a salir del plan.

Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención de salud en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda un servicio razonable que necesita, como un intérprete de Lengua de señas estadounidense.

Reclamos sobre los plazos de espera

- Está teniendo dificultades para obtener una consulta o está esperando demasiado para obtenerla.
- Los médicos, los farmacéuticos, otros profesionales de la salud, el Departamento de Servicios al Miembro u otro personal del plan lo hicieron esperar mucho tiempo.

Reclamos sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Reclamos sobre el acceso a servicios de idiomas

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Usted cree que no le hemos proporcionado una notificación o carta que debería haber recibido.
- Usted cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Reclamos sobre los plazos para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o responder a su apelación.
- Considera que, después de obtener una decisión sobre la cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o proporcionarle el servicio o para devolverle el dinero por ciertos servicios médicos.
- Cree que no hemos enviado su caso a la Entidad de Revisión Independiente a tiempo.

El término legal de un “reclamo” se conoce formalmente como “**queja**”.

El término legal para “hacer un reclamo” es “**presentar una queja formal**”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 220



¿Hay diferentes tipos de reclamos?

Sí. Usted puede presentar un reclamo interno o uno externo. Un reclamo interno se presenta y lo revisa nuestro plan. Un reclamo externo se presenta y lo revisa una organización no afiliada a nuestro plan. Si quiere obtener más información sobre los reclamos internos, lea la sección que sigue. Para obtener más información sobre los reclamos externos, lea la Sección J3.

Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externo, puede llamar a la Defensoría de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

J2. Quejas internas

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios al Miembro, al número que figura en la parte inferior de la página. Puede presentar el reclamo en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si el reclamo está relacionado con un medicamento de la Parte D, debe presentarlo **en un plazo de 60 días corridos** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar el reclamo.

- Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios al Miembro se lo informará.
- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si presenta su reclamación por escrito, responderemos a ella por escrito.
- Respondemos su reclamo en un plazo de 30 días calendario. También puede presentar una queja rápida si rechazamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. Comuníquese con Servicios al Miembro para presentar un “reclamo rápido”.
- Si tiene un buen motivo para presentar el reclamo de manera tardía, infórmenos y consideraremos si le extendemos el plazo para presentar un reclamo o no.

Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)
Attn: Appeals and Grievances – Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105

El término legal para “reclamo rápido” es “queja formal acelerada”.

Si es posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama con un reclamo, quizás podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted pide más

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 221



tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más para responder a su reclamo. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.

- Si usted hace un reclamo porque le negamos su solicitud de “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le aceptaremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.
- Si usted hace un reclamo porque nos tomamos un tiempo adicional para la decisión o apelación sobre la cobertura, automáticamente le aceptaremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad de su reclamo, le explicaremos las razones. Le responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

J3. Reclamos externos

Puede presentar su reclamo ante Medicare

Puede enviarle su reclamo a Medicare. El Formulario de reclamos de Medicare está disponible en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma muy en serio sus reclamos y usará esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan no está tratando de resolver su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede comunicarle su reclamo a la Defensoría de Healthy Connections Prime

Puede llamar a la Defensoría de Healthy Connections Prime para informarle sobre su reclamo. La defensoría no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono de la Defensoría de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada y los servicios son gratuitos. Para obtener más información, también puede visitar www.healthyconnectionsprimeadvocate.com.

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no recibió un trato imparcial. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre incapacidad para acceder o asistencia de idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es el 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 222



También puede comunicarse con la oficina local de la Oficina 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
Número de teléfono: (800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697
Fax: (202) 619-3818

Es posible que también tenga derechos en virtud de la Ley para los Estadounidenses con Incapacidad y las leyes del estado. Puede comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime para recibir ayuda. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Puede presentar un reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su reclamo se refiere a la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentar su reclamo ante nosotros).
- También puede presentar su reclamo ante nosotros y ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si usted hace un reclamo a esta organización, trabajaremos conjuntamente con ellos para resolver su reclamo.

La Organización de Mejoramiento de la Calidad está integrada por un grupo de médico y otros expertos en atención médica, cuya remuneración la paga el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el *Capítulo 2*, Sección F.

En South Carolina, la organización para el mejoramiento de la calidad se denomina Acentra Health. El número de teléfono de Acentra Health es 1-888-317-0751 (TTY: 711).

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 223



Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía a nuestro plan Medicare-Medicaid

Introducción

Este capítulo le indica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y cuáles son las opciones de cobertura médica después de salir de nuestro plan. Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas de Medicare y Healthy Connections Medicaid mientras sean elegibles. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía a nuestro plan Medicare-Medicaid	225
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	225
C. Cómo afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid	226
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado	226
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare	226
D2. Cómo obtener los servicios de Healthy Connections Medicaid	228
E. Siga obteniendo los artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que finalice su membresía	228
F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su membresía	229
G. Reglas para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	230
H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía a nuestro plan.....	230
I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía al plan	230

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 224



A. Cuándo puede cancelar su membresía a nuestro plan Medicare-Medicaid

Puede cancelar su membresía al plan Medicare-Medicaid Wellcare Prime en cualquier momento durante el año, para lo cual debe inscribirse en otro plan Medicare Advantage, inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid o cambiar a Original Medicare.

Su afiliación se cancelará el último día del mes en el que hayamos recibido su solicitud de cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de octubre, la cobertura de nuestro plan finalizará el 31 de octubre. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (en este ejemplo, el 1 de noviembre). Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- opciones de Medicare en el cuadro de la Sección D1;
- servicios de Healthy Connections Medicaid en el cuadro de la Sección D2.

Para obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía, llame a:

- South Carolina Healthy Connections 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.
- Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, infórmeles a Healthy Connections Medicaid o Medicare que quiere abandonar Wellcare Prime:

- 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 a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si abandona nuestro plan en la tabla de la Sección D1.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 225



C. Cómo afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente.

Para inscribirse a un Medicare-Medicaid Plan diferente, realice lo siguiente:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices, al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. Informe que quiere abandonar Wellcare Prime y afiliarse a otro plan Medicare-Medicaid. Si no está seguro del plan al que desea unirse, ellos pueden contarle acerca de otros planes en su área.

Su cobertura de Wellcare Prime se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud.

D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado

Si no quiere inscribirse en un plan Medicare-Medicaid diferente luego de abandonar Wellcare Prime, volverá a recibir los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Podrá optar cómo recibir los beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (PACE)</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita asistencia u obtener información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP), al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia de
--	--

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan Original Medicare con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p> <p>Esta tabla continúa en la página siguiente</p>	<p>Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores, también conocido como I-CARE.</p> <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Wellcare Prime cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p> <p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita asistencia u obtener información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP), al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores, también conocido como I-CARE. <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Prime cuando comience la cobertura de Original Medicare y del plan de medicamentos que requieren receta médica.</p>
--	--

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 227



<p>(continuación)</p> <p>3. Puede cambiar a:</p> <p>A Original Medicare sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de Medicare de fármacos recetados, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea afiliarse.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores (I-CARE), al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita asistencia u obtener información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (SHIP), al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores, también conocido como I-CARE. <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Prime cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
---	--

D2. Cómo obtener los servicios de Healthy Connections Medicaid

Si abandona nuestro plan, obtendrá los servicios de Healthy Connections Medicaid a través del pago por servicio. Esta es la forma en que la mayoría de las personas obtenía los servicios de Medicaid antes de unirse a Wellcare Prime.

Entre sus servicios de Healthy Connections Medicaid se incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo, y la atención de salud del comportamiento.

Si abandona nuestro plan, puede acudir a cualquier proveedor que acepte Healthy Connections Medicaid.

E. Siga obteniendo los artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que finalice su membresía

Si abandona Wellcare Prime, puede pasar un tiempo hasta que finalice su membresía y comience la nueva cobertura de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Durante este tiempo, siga recibiendo sus medicamentos recetados y atención de salud a través de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- **Utilice nuestras farmacias de la red, incluidos los servicios de farmacia de compra por correo, para surtir sus recetas.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía en Wellcare Prime, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes del alta.

F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su membresía

Estos son los casos en los que Wellcare Prime debe finalizar su membresía al plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Part A y Part B.
- Si ya no reúne los requisitos para Healthy Connections Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Healthy Connections Medicaid. Su afiliación se cancelará el primer día del mes siguiente al mes en que perdió su elegibilidad para Healthy Connections Medicaid
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Si usted permanece fuera del área de servicios del plan por más de seis meses.
 - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, debe llamar al Servicios al Miembro para saber si el lugar al que se dirige se encuentra dentro del área de servicios de nuestro plan.
- Si ingresa a una casa de reposo o a un centro de convalecencia especializada fuera del área de servicio del plan y vive allí más de seis meses.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene para medicamentos recetados.
- Si usted no es un ciudadano estadounidense o no está presente legalmente en los Estados Unidos.
 - Debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro.
 - Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 229



Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos permiso de Medicare y Healthy Connections Medicaid:

- Si nos proporciona intencionalmente información incorrecta en su solicitud de inscripción que podría afectar su elegibilidad para inscribirse en nuestro plan.
- Si usted se comporta continuamente de manera perjudicial y que nos dificulte proporcionar cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si usted permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica.
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.

G. Reglas para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Debe comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía a nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos decirle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9, Sección J, para obtener información sobre cómo hacer un reclamo.

I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 230



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

En este capítulo, se describen las notificaciones legales que se aplican a su membresía en Wellcare Prime. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	232
B. Aviso de No Discriminación	232
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	232
D. Contratistas independientes	233
E. Fraude al plan de atención de salud	233
F. Circunstancias fuera del control de Wellcare Prime	233

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 231



A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidad, incluso si las mismas no están incluidas o explicadas en este manual. Las leyes más importantes que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Healthy Connections Medicaid. Otras leyes federales y estatales también pueden aplicar.

B. Aviso de No Discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajen con Medicare y Healthy Connections Medicaid deben obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto. No discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su edad, experiencias en reclamaciones, color, etnia, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicios, estado de salud, historial médico, incapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión, sexo u orientación sexual. Tampoco discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su comportamiento, capacidad mental, recepción de atención de salud, orientación sexual o uso de servicios.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, realice los siguientes pasos:

- Llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local. Puede llamar a la Comisión de Asuntos Humanos de South Carolina al 1-800-521-0725. La llamada es gratuita.

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención de salud o a un proveedor, llame a Servicios al Miembro. Si tiene algún reclamo, como problemas para acceder en silla de ruedas, el Servicios al Miembro podrá ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

En ocasiones, alguien más tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de tránsito o si se lesiona en el trabajo, la compañía aseguradora o el seguro de accidentes laborales tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de cobertura de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



D. Contratistas independientes

La relación entre Wellcare Prime y cada proveedor participante es la de contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de Wellcare Prime, y ni Wellcare Prime ni ningún empleado de Wellcare Prime son empleados ni agentes de un proveedor participante. En ningún caso Wellcare Prime será responsable de la negligencia, acto ilícito u omisión de un proveedor participante u otro proveedor de atención de salud. Los médicos participantes, y no Wellcare Prime, mantienen una relación médico-paciente con el miembro. Wellcare Prime no es un proveedor de atención de salud.

E. Fraude al plan de atención de salud

El fraude al plan de atención de salud se define como un engaño o una declaración falsa por parte de un proveedor, un miembro, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede tener consecuencias legales. Cualquier persona que, deliberadamente y a sabiendas, se involucre en una actividad que tenga como intención estafar al plan de atención de salud mediante, por ejemplo, la presentación de un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será culpable de fraude al plan de atención de salud.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparecen en una factura o en el formulario de Explicación de beneficios, o si conoce o sospecha alguna actividad ilegal, llame a la línea de atención telefónica para víctimas de fraude gratuita de nuestro plan al 1-866-685-8664. La Línea de Atención Telefónica para Víctimas de Fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

F. Circunstancias fuera del control de Wellcare Prime

En la medida en que, como consecuencia de un desastre natural, una guerra, un disturbio, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de los centros, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad del personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros eventos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, los centros o el personal de Wellcare Prime no estén disponibles para proveer o coordinar los servicios o beneficios previstos según este *Manual del Miembro*, la obligación de Wellcare Prime de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requisito de que Wellcare Prime provea o coordine la prestación de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus centros o de su personal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se utilizan en todo el *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término o si necesita más información, además de la incluida en la definición, comuníquese con Servicios al Miembro.



Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 234

Actividades de la vida diaria: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Ayuda paga pendiente: usted puede continuar recibiendo los servicios aprobados previamente mientras espera una decisión sobre una apelación de nivel 1 (y para un servicio de Healthy Connections Medicaid, mientras espera una decisión sobre una apelación de nivel 2). Esta cobertura continua se denomina “ayuda pagada pendiente”. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información. Si tiene otras preguntas, llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro que en el que se realizan cirugías a pacientes ambulatorios que no necesitan atención hospitalaria y que no prevé que necesiten más de 24 horas de atención médica.

Apelación: Es una manera de oponerse a nuestras acciones si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura presentando una apelación. En la Sección D del Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Producto biológico: Es un medicamento recetado que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: un producto biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: Es un medicamento que requiere receta médica fabricado y vendido por la empresa que originalmente lo hizo. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Otras empresas farmacéuticas son las que fabrican y comercializan los medicamentos genéricos.

Coordinador de la atención: es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

Plan de atención: Es un plan sobre qué servicios de salud recibirá y cómo los recibirá.

Equipo de atención: un equipo de atención que podría incluir médicos, enfermeros, asesores y otros profesionales de la salud que están para ayudarle a recibir la atención que usted necesita. Usted es un miembro importante del equipo de atención y también puede incluir a otros familiares o amigos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com. 235



Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En la Sección D del Capítulo 2, se explica cómo comunicarse con los CMS.

Reclamo: Es una declaración verbal o por escrito con la que se manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Quedan comprendidas todas las inquietudes sobre la calidad de nuestra asistencia, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal de la acción de “hacer un reclamo” es “presentar una queja”.

Evaluación integral: evaluación destinada a examinar con más detalle sus necesidades médicas y sociales, así como sus capacidades. Le solicitaremos información a usted, a sus proveedores y a sus familiares y cuidadores cuando corresponda. Los encargados de realizar esta evaluación serán profesionales de la salud capacitados y calificados, como enfermeros, trabajadores sociales y coordinadores de atención.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Es un centro donde se proporcionan, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Ofrece una variedad de servicios, como servicios de fisioterapia, asistencia social o psicológica, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y evaluación del ambiente en el domicilio.

Organización de atención coordinada e integrada (CICO): otro nombre que se le da a un plan de Medicare-Medicaid.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye las decisiones acerca de los medicamentos y los servicios cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. En la Sección D del Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre, los equipos y los demás servicios cubiertos por nuestro plan.

Capacitación sobre competencia cultural: Es la educación que les ofrece a los proveedores de atención de salud capacitación adicional para entender mejor sus antecedentes, valores y creencias a fin de adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Cancelación de la inscripción: Es el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (ajena a su voluntad).

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com. 236



Niveles de los medicamentos: Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos pertenece a uno de *tres* niveles.

Equipo médico duradero (DME): ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar. Algunos ejemplos son sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para utilizarse en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina consideran que presenta síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden constituir una herida grave o dolor agudo.

Atención de emergencia: servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica.

Excepción: un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

Ayuda Adicional: Es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Part D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Audiencia imparcial: Es una oportunidad para informar su problema ante un tribunal y demostrar que una decisión que tomamos es incorrecta.

Medicamento genérico: un medicamento que requiere receta médica, que cuenta con la aprobación del Gobierno federal para ser utilizado en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Suele ser más económico y es tan eficaz como un medicamento de marca.

Queja: Es un reclamo que usted presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de la atención que usted recibió.

Plan de salud: Una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye Coordinadores de Atención que ayudan en la gestión de todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en equipo para brindarle la atención que necesita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 237



Healthy Connections Medicaid: Es el programa de Medicaid de South Carolina. Para obtener más información, consulte la definición de “Medicaid” a continuación.

Healthy Connections Prime: es un programa de demostración gestionado conjuntamente por South Carolina y el Gobierno federal para ofrecer una mejor atención de salud a las personas que cuentan con Medicare y Healthy Connections Medicaid.

Asistente de salud a domicilio: Es una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de salud a domicilio no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Atención para pacientes terminales: Es un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que la persona padece una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses como máximo.

- Un miembro que tiene una enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de atención para pacientes terminales.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan asistencia integral a la persona atendiendo necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Wellcare Prime debe brindarle una lista de proveedores de centros de atención para pacientes terminales de su área geográfica.

Facturación incorrecta o inadecuada: situación que se produce cuando un proveedor le factura a usted una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro a Wellcare Prime para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. Llame a Servicios al Miembro si recibe alguna factura que no comprende.

Debido a que Wellcare Prime paga el costo total de sus servicios, usted no debe ningún costo compartido. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.

Entidad de revisión independiente (IRE): organización que es contratada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para que realice una revisión de una apelación de nivel 2 por un servicio o un artículo cubierto solo por Medicare o por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Si Wellcare Prime rechaza la aprobación del servicio o artículo durante la apelación de nivel 1 de un miembro, la apelación rechazada se envía a la IRE para que lleve a cabo una revisión de nivel 2. La IRE no está relacionada con Wellcare Prime y no es una agencia gubernamental. Consulte el Capítulo 9, Sección I, para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.

Examen de salud inicial: Es una revisión de los antecedentes médicos y la condición actual de un paciente. Se utiliza para conocer la salud del paciente y la manera en la que podría cambiar en el futuro.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com. 238



Pacientes hospitalizados: Es un término que se utiliza cuando se lo admite formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no se lo admitió formalmente, aún podrá considerársele paciente ambulatorio en vez de paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche en el hospital.

Biosimilar intercambiable: Es un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos incluidos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le informa si existe alguna norma que deba cumplir para recibir los medicamentos. En ocasiones, la *Lista de Medicamentos* se denomina “formulario”.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyo a largo plazo ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no deba ir a un centro de convalecencia o al hospital.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”.

Medicaid (o asistencia médica): es un programa gestionado por el Gobierno federal y el estado que ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo y los costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, se le cubrirá la mayoría de los costos de atención de salud.
- Consulte el Capítulo 2, Sección H, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario:

- Servicios que son razonables y necesarios:
 - para el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad o lesión; o
 - para mejorar la función de una extremidad del cuerpo con una malformación; o
 - cuando sean médicamente necesarios conforme a la ley de Medicare.
 - Estos servicios incluyen atención que evita que vaya a un hospital o centro de convalecencia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com. 239



- De acuerdo con la ley y la reglamentación de Healthy Connections Medicaid, los servicios son médicamente necesarios si reúnen las siguientes características:
 - Son esenciales para prevenir, diagnosticar, evitar el agravamiento, aliviar, corregir o curar condiciones médicas que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidades o limitaciones en las actividades, amenazan con causar o empeorar una incapacidad o causan una enfermedad o debilidad.
 - Se brindan en centros adecuados y con los niveles apropiados de atención para el tratamiento de sus condiciones médicas.
 - Se prestan conforme a las normas de la práctica médica aceptadas.

Medicare: Es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Plan Medicare Advantage: Es un programa de Medicare, también llamado “Medicare Part C” o “plan MA”, que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a esas empresas para cubrir los beneficios de Medicare que usted recibe.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por Medicare Part A y Part B.

Afiliado de Medicare-Medicaid: persona que califica para la cobertura de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Un miembro de Medicare-Medicaid también se denomina “individuo con doble elegibilidad”.

Medicare Part A: Es el programa de Medicare que cubre la mayoría de los hospitales médicamente necesarios, los centros de enfermería especializada, la atención de salud en el hogar y la atención para pacientes terminales.

Medicare Part B: Es el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Part C: el programa de Medicare que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com. 240



Medicare Part D: Es el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa "Parte D" para abreviar su nombre). La Parte D cubre medicamentos que requieren receta médica, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B, ni por Healthy Connections Medicaid. Wellcare Prime incluye Medicare Part D.

Medicamentos de Medicare Part D: Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Part D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Healthy Connections Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Es una persona que tiene Medicare y Healthy Connections Medicaid, que califica para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

Manual del Miembro y divulgación de información: Este documento, junto con el formulario de inscripción y demás anexos o cláusulas, explica su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus obligaciones como miembro de nuestro plan.

Servicios al Miembro: Es un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte la Sección A del Capítulo 2 y la parte inferior de la página para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios al Miembro.

Farmacia de la red: Es una farmacia que aceptó surtir recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Nosotros las denominamos "farmacias de la red" porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados se cubren únicamente si se surten en una de las farmacias de la red.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también comprende hospitales, agencias de atención de salud en el hogar, clínicas y otros lugares donde se prestan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención de salud.
- Los llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con el plan de salud y recibir nuestro pago sin cobrar a los miembros un importe adicional.
- Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 241



Centro de convalecencia: un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en el hospital.

Ombudsman (Defensoría de Healthy Connections Prime): Es una oficina ubicada en su estado en la trabajan personas que se dedican a defenderlo. Ellos pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo para que sepa qué hacer. Los servicios de los defensores de pacientes son gratuitos. La Defensoría de Healthy Connections Prime defiende a las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Puede obtener más información acerca del Ombudsman en los Capítulos 2, Sección I, y Capítulo 9, Sección A, de este manual. Esto incluye información sobre cómo comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime.

Determinación de la organización: El plan toma una determinación de la organización cuando esta, o uno de sus proveedores, decide si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman "decisiones sobre cobertura" en este manual. En la Sección D del Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Producto biológico original: Es un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina "producto de referencia".

Original Medicare (Medicare tradicional o cargo por servicio de Medicare): El Gobierno ofrece Original Medicare. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de los montos que establece el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original se encuentra disponible en todo Estados Unidos.
- Si no desea ser parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: Es una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que adquiere en una farmacia fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, excepto en ciertas condiciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com. 242



Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Es un proveedor o centro que no es empleado ni propiedad de nuestro plan y tampoco es operado por este; asimismo, no tiene un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3, Sección A, encontrará más información sobre los proveedores o los centros fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC): Se refiere a cualquier medicamento que una persona puede comprar sin receta.

Parte A: consulte “Medicare Part A”.

Parte B: consulte “Medicare Part B”.

Parte C: consulte “Medicare Part C”.

Parte D: consulte “Medicare Part D”.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Part D”.

Información de salud personal (también llamada información de salud protegida o PHI): Es información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Wellcare Prime para obtener más información sobre cómo Wellcare Prime protege, utiliza y divulga su PHI, así como sus derechos en relación con su PHI.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención, y remitirlo a ellos.
- En la mayoría de los planes de salud Medicare, usted debe acudir al proveedor de atención primaria antes que a cualquier otro proveedor de atención de salud.
- Consulte el Capítulo 3, Sección D, para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): Es una aprobación de Wellcare Prime que usted debe obtener antes de recibir un servicio o un medicamento específicos o de consultar a un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la aprobación, es posible que Wellcare Prime no cubra el servicio o el medicamento.

Algunos de los servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen PA de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 243



- Los servicios cubiertos que necesitan PA del plan están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene una PA de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan PA están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, y las normas se publican en el sitio web del plan.

Prótesis y aparatos ortopédicos: Se trata de dispositivos que su médico u otro proveedor de atención de salud le indican. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos de brazo, espalda y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): Se trata de un grupo de médicos y otros expertos en atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. El Gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte la Sección F del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Límites de cantidad: Es un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Pueden establecerse límites en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Es un portal o una aplicación informática en la cual los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada de los medicamentos cubiertos y los beneficios específicos del miembro. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento dado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión del médico: Una remisión del médico quiere decir que su proveedor de atención primaria (PCP) debe otorgarle una aprobación antes de que usted acuda a otro proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene una aprobación, es posible que Wellcare Prime no cubra los servicios. No necesita una remisión del médico para acudir a determinados médicos especialistas, como un médico especialista en salud de la mujer. Puede obtener más información acerca de las remisiones del médico en el Capítulo 3, Sección B, y acerca de los servicios que necesitan remisiones del médico en el Capítulo 4, Sección D.

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicios: Es el área geográfica donde un plan de salud acepta miembros. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, por lo general, también es el área

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 244



donde puede obtener servicios de rutina (que no tienen carácter de emergencia). Solo las personas que vivan en nuestra área de servicios se pueden inscribir en Wellcare Prime.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de convalecencia que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindarle atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Es la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero titulado o un médico puede administrar.

Médico especialista: un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas.

Agencia estatal de Medicaid: el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina (SCDHHS) es la única agencia estatal designada para la administración del programa Medicaid (llamado "Healthy Connections Medicaid") en South Carolina. El SCDHHS es una agencia ministerial del Gobierno del Estado de South Carolina.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que exige que usted primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI): Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una incapacidad, son ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los de Seguro Social.

Nivel: Un nivel es un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre).

Atención médica urgentemente necesaria: Es la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención de inmediato. Puede obtener atención médica urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, debido a la hora, el lugar o las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. (Por ejemplo, puede obtener atención médica urgentemente necesaria cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero no es una emergencia médica).

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com. 245



Servicios al Miembro de Wellcare Prime

<p>LLAME</p>	<p>1-855-735-4398</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Servicios al Miembro también dispone de servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.</p>
<p>TTY</p>	<p>711</p> <p>Este número de teléfono requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
<p>POR CORREO</p>	<p>Wellcare Prime by Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan) 100 Center Point Circle, Suite 100 Columbia, SC 29210 ATC SC MMP @centene.com</p>
<p>SITIO WEB</p>	<p>mmp.absolutetotalcare.com</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a Wellcare Prime al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 246



Dejada en blanco intencionalmente

Dejada en blanco intencionalmente