

Enmiendas de
 Absolute Total Care (Plan de Medicare-Medicaid)
 2018
 Manual del Afiliado

Octubre de 2018

Estimado afiliado:

Este aviso es para informarle que hay actualizaciones en su Manual del Afiliado de Absolute Total Care (plan de Medicare-Medicaid) para 2018. A continuación, encontrará información que describe los cambios. Conserve esta información para futuras consultas.

Cambios al Manual del Afiliado de Absolute Total Care para 2018:

Dónde puede encontrar el cambio en el Manual del Afiliado para 2018	Información original	Información corregida	¿Qué significa esto para usted?
<p>En el capítulo 4, Tabla de Beneficios (página 72), Sección D: La Tabla de Beneficios, se indican los servicios que paga el plan. Detalla las categorías de servicios y explica los servicios cubiertos.</p>	<p>Hay disponibles servicios de transición si está en una casa de reposo y desea volver a vivir en su comunidad. Estos servicios son útiles si tiene una discapacidad o una afección de salud mental. Los siguientes servicios están disponibles si pasa de una casa de reposo a un programa de exención de la comunidad:</p>	<p>Hay disponibles servicios de transición si está en una casa de reposo y desea volver a vivir en su comunidad. Estos servicios son útiles si tiene una discapacidad o una afección de salud mental. Los siguientes servicios están disponibles:</p>	<p>Ya no necesita inscribirse en un programa de exención para obtener estos servicios.</p>

Dónde puede encontrar el cambio en el Manual del Afiliado para 2018	Información original	Información corregida	¿Qué significa esto para usted?
<p>En el capítulo 4, Tabla de Beneficios (página 72), sección D: La Tabla de Beneficios, se indican los servicios que paga el plan. Detalla las categorías de servicios y explica los servicios cubiertos.</p>	<p>El programa Regreso a Casa está diseñado para ayudar a las personas que viven en una casa de reposo pero desean volver a vivir en su comunidad por medio de la participación en uno de los tres programas de exención de Atención a Largo Plazo de la 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>	<p>El programa Regreso a Casa está diseñado para ayudar a las personas que viven en una casa de reposo pero desean 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>	<p>Ya no necesita inscribirse en uno de los programas de exención de CLTC para obtener estos servicios.</p>
<p>En el capítulo 4, Tabla de Beneficios (página 89), Sección E: Servicios de exención operados por la Atención a Largo Plazo de la Comunidad que paga nuestro plan, se explica que los servicios y apoyo a largo plazo están disponibles para miembros de determinados programas de exención</p>	<p>El plan ofrece servicios adicionales para afiliados que pertenezcan a la exención de VIH/sida. Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que requieren receta médica adicionales; • administración de casos y 	<p>El plan ofrece servicios adicionales para afiliados que pertenezcan a la exención de VIH/sida. Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • administración de casos y coordinación de estos servicios de exención; • servicios de 	<p>Los servicios de exención han cambiado y ya no incluyen medicamentos que requieren receta médica adicionales. Los afiliados en esta exención todavía tienen acceso a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.</p>

Dónde puede encontrar el cambio en el Manual del Afiliado para 2018	Información original	Información corregida	¿Qué significa esto para usted?
operados por la División de Atención a Largo Plazo de la Comunidad (por sus siglas en inglés, CLTC) de Health Connections Medicaid.	<p>coordinación de estos servicios de exención;</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de acompañamiento. • comidas enviadas al hogar; • adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampas, control de plagas, equipo de seguridad para baños); • cuidado personal y del asistente; • atención de enfermería privada; • algunos suplementos nutricionales; 	<p>acompañamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • comidas enviadas al hogar; • adaptaciones menores en el hogar (por ejemplo, rampas, control de plagas, equipo de seguridad para baños); • cuidado personal y del asistente; • atención de enfermería privada; • algunos suplementos nutricionales; 	
En el capítulo 4, Tabla de Beneficios (página 90), sección E: Servicios de exención operados por la Atención a Largo Plazo de la Comunidad que paga nuestro plan, se explica que los servicios y apoyo a largo plazo están disponibles para miembros de determinados programas de exención	El plan ofrece servicios adicionales para afiliados que pertenezcan a la exención de personas que necesitan ventilación mecánica. Los servicios incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • administración de casos y coordinación de 	El plan ofrece servicios adicionales para afiliados que pertenezcan a la exención de personas que necesitan ventilación mecánica. Los servicios incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • administración de casos y coordinación de 	Los servicios de exención han cambiado y ya no incluyen medicamentos que requieren receta médica adicionales. Los afiliados en esta exención todavía tienen acceso a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Dónde puede encontrar el cambio en el Manual del Afiliado para 2018	Información original	Información corregida	¿Qué significa esto para usted?
operados por la División de Atención a Largo Plazo de la Comunidad (por sus siglas en inglés, CLTC) de Health Connections Medicaid.	<p>estos servicios de exención;</p> <ul style="list-style-type: none"> • comidas enviadas al hogar; • 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 de emergencia; • medicamentos que requieren receta médica; • atención de enfermería privada; • algunos suplementos nutricionales; • equipos y suministros médicos especializados; • descanso temporal para su cuidador (en institución y en el hogar). 	<p>estos servicios de exención;</p> <ul style="list-style-type: none"> • comidas enviadas al hogar; • 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 de emergencia; • atención de enfermería privada; • algunos suplementos nutricionales; • equipos y suministros médicos especializados; • descanso temporal para su cuidador (en institución y en el hogar). 	

El resto de la información y los beneficios seguirán siendo iguales a lo descrito en los documentos para 2018.

Usted no debe hacer nada en respuesta a este documento, pero le recomendamos que guarde esta información por si necesita hacer consultas en el futuro.

Si tiene alguna pregunta, llame a Absolute Total Care, al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-735-4398 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. We will return your call the next business day. The call is free.

Absolute Total Care (plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para brindarles beneficios de ambos planes a las personas inscritas.

Esta no es una lista completa. La información sobre los beneficios es un breve resumen, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al plan o consulte el Manual del Afiliado.

Aviso de no discriminación Absolute Total Care (plan de Medicare-Medicaid) cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Absolute Total Care no excluye a personas ni las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Absolute Total Care provee lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Absolute Total Care, al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si cree que Absolute Total Care no le ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna manera por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal. Llame al número que aparece más arriba para informar que necesita ayuda para presentar esta queja formal. El Departamento de Servicios al Afiliado de Absolute Total Care está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo de manera

electrónica a través del portal que esa oficina tiene para este tipo de quejas, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede enviar la queja por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019. (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de idiomas

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services are available to you, free of charge. Call 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت لا تجيد التحدث باللغة الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-735-4398 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-735-4398 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua língua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame 1-855-735-4398 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請電1-855-735-4398 (TTY:711)。

RUAHSAKNAK: Mirang ttong hmang nan um silen, Mirang ttong thawn pehpar aw in a lak in bawm nak a um. Himi ah in contact thei asi: 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-735-4398 (TTY: 711) पर कॉल करें।

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-735-4398 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

THEIHTERNAK: Mirang holh a thiammi na si ahcun, holh lei kongkau bawmchanh khawhnak a lak in nangmah caah a um. Hika hin au hna 1-855-735-4398 (TTY-711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-735-4398 (ATS : 711).

ဟ်သ့ၣ်ဟ်သးဘၣ်တက့ၢ်-ဖဲန့ၢ်တကတိအဲးကလံးအကျိၣ်ဘၣ်န့ၣ်,ကျိၣ်အတၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်အိၣ်ဝဲဒၣ်လၢန့ၢ်လၢတလိၣ်ဟ့ၣ်အပူၤဘၣ်န့ၣ်လီၤ.ကိးဘၣ် 1-855-735-4398 (TTY: 711) တက့ၢ်.

ማሳሰቢያ:- ኦማርኛ የሚናገሩ ከሆነ የቋንቋ እገዛ አገልግሎቶች ያለ ምንም ክፍያ ለእርስዎ ሊሰጡ ይችላሉ። ወደ 1-855-735-4398 (TTY: 711) ይደውሉ።

သတိပြုရန်။ သင် မြန်မာစကားပြောပါက အခမဲ့ ဘာသာပြန် ဝန်ဆောင်မှုကို ရရှိနိုင်သည်။ 1-855-735-4398 (TTY: 711) ကိုခေါ်ပါ။



2018

MANUAL DEL AFILIADO

Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

Language Services

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services are available to you, free of charge. Call 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ملحوظة: إذ كنت لا تتحدث بالإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل بـ 1-855-735-4398 (رقم هاتف للصلص مواليكم: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-735-4398 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua língua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame 1-855-735-4398 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請電 1-855-735-4398 (TTY: 711)。

RUAHSAKNAK: Mirang ttong hmang nan um silen, Mirang ttong thawn pehpar aw in a lak in bawm nak a um. Himi ah in contact thei asi: 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-735-4398 (TTY: 711) पर कॉल करें।

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-735-4398 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

THEIHTERNAK: Mirang holh a thiammi na si ahcun, holh lei kongkau bawmchanh khawhnak a lak in nangmah caah a um. Hika hin au hna 1-855-735-4398 (TTY-711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-735-4398 (ATS : 711).

ဟံသုင်ဟံသးဘၣ်တက့ၢ်-ဝဲနမ့ၢ်တကတိၤဆဲးကလံးအကျိၣ်ဘၣ်န့ၣ်,ကျိၣ်အတၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်အိၣ်ဝဲဒၣ်လၢနဂီၢ်လၢတလိၣ်ဟ့ၣ်အပူၤဘၣ်န့ၣ်လီၤ.ကိးဘၣ် 1-855-735-4398 (TTY: 711) တက့ၢ်.

ማሳሰቢያ:- ከሚናገሩ ከሆነ የቋንቋ እገዛ አገልግሎቶች ያለ ምንም ክፍያ ለእርስዎ ሊሰጡ ይችላሉ። ወደ 1-855-735-4398 (TTY: 711) ይደውሉ።

သတိပြုရန်။ သင် မြန်မာစကားပြောပါက အခမဲ့ ဘာသာပြန် ဝန်ဆောင်မှုကို ရရှိနိုင်သည်။ 1-855-735-4398 (TTY: 711) ကိုခေါ်ပါ။

Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

Manual del afiliado

1 de enero, 2018 al 31 de diciembre, 2018

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

Este manual habla de su cobertura bajo Absolute Total Care hasta el 31 de diciembre de 2018. También explica los servicios de cuidado de salud, cobertura de salud del comportamiento, de medicamentos de receta y los servicios y respaldos a largo plazo. Los servicios y respaldos a largo plazo le proporcionan la ayuda que usted necesite, ya sea que reciba servicios en el hogar o en un hogar para personas mayores. **Éste es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

You can get this handbook for free in other languages for free. Please call our customer service number at the number at the bottom of the page. The call is free.

Puede obtener este manual en otros idiomas en forma gratuita. Por favor llame a Servicios para Afiliados al número que aparece en el pie de esta página. La llamada es gratuita

Si habla español, tiene servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Usted puede obtener este manual gratis en otros formatos como letras grandes, braille o audio. Por favor llame a Servicios para Afiliados al número que aparece en el pie de esta página. La llamada es gratuita.

531067
EOC018786SO00
H1723-001

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

Renuncias de garantías

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

La cobertura de Absolute Total Care califica como cobertura esencial mínima (MEC). Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web del Servicios de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida para individuos de la cobertura esencial mínima.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 2



Capítulo 1: Cómo comenzar como afiliado

Contenido

A. Bienvenido a Absolute Total Care	4
B. ¿Qué son Medicare y Medicaid?.....	4
Medicare	4
Medicaid.....	4
C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan?.....	5
D. ¿Cuál es el área de servicio de Absolute Total Care?	6
E. ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?	7
F. Qué esperar al inscribirse por primera vez en un plan de salud	8
G. ¿Qué es un plan de cuidado de salud?.....	9
H. ¿Absolute Total Care tiene una cuota mensual?	9
I. Información sobre el Manual del afiliado.....	9
J. ¿Qué otra información le enviaremos?	9
Su Tarjeta de identificación como afiliado de Absolute Total Care	10
Directorio de proveedores y farmacias.....	10
¿Qué son los “proveedores de la red”?	11
¿Qué son las “farmacias de la red”?	11
Lista de medicamentos cubiertos.....	11
Explicación de beneficios.....	12
K. ¿Cómo puede mantener actualizado su expediente de afiliado?	12
¿Mantendremos la privacidad de su información personal?.....	13

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 3



A. Bienvenido a Absolute Total Care

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

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

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

B. ¿Qué son Medicare y Medicaid?

Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

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

Medicaid

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 4



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

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

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

C. ¿Cuáles son las ventajas de este plan?

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

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

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

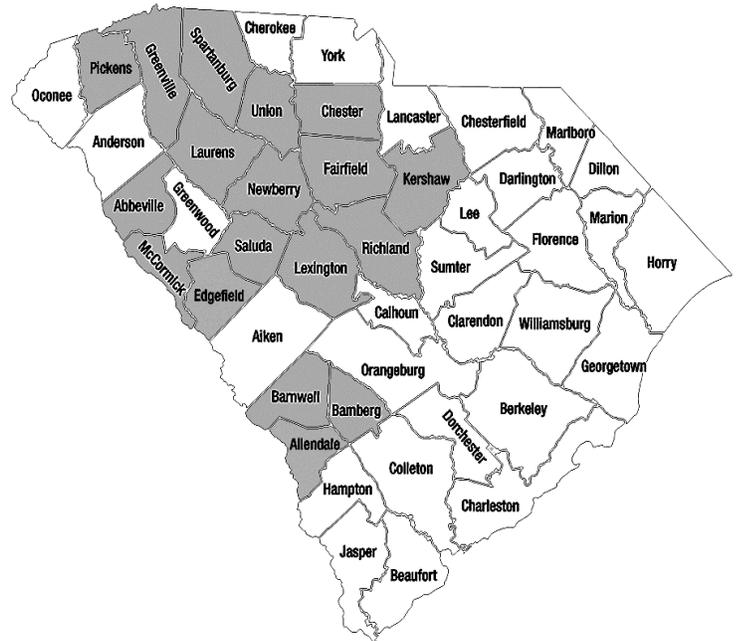
Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 5

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

Nuestra área de servicios incluye estos condados en South Carolina:

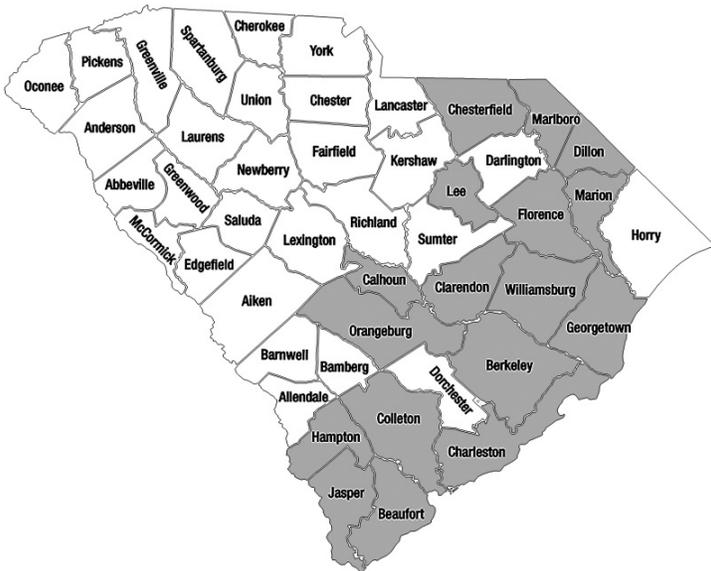
Región de Upstate (norte del estado):

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



Región de la costa:

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



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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 7

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

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

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

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

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

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

Muchos de los médicos y otros proveedores ya están en nuestra red, pero si no están, después de 180 días en nuestro plan, usted tendrá que ver médicos y otros proveedores de nuestra red. Podemos ayudarle a hacer la transición a un proveedor de la red en menos de 180 días, una vez que haya completado su evaluación completa, desarrollado un plan de transición y, solamente si usted está de acuerdo. *Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.* Lea más información sobre cómo obtener cuidados en el Capítulo 3, Sección D, página 32.

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



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

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

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

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

H. ¿Absolute Total Care tiene una cuota mensual?

No.

I. Información sobre el Manual del afiliado

Este *Manual del afiliado* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que vaya en contra de estas reglas, usted podrá apelar o cuestionar nuestras decisiones. Para obtener información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 160 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

El contrato estará vigente durante los meses en que usted esté inscrito en Absolute Total Care entre 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.

J. ¿Qué otra información le enviaremos?

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 9



Su Tarjeta de identificación como afiliado de Absolute Total Care

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



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

Mientras usted sea afiliado de nuestro plan, no tendrá que usar su tarjeta de Medicare (roja, blanca y azul) ni su tarjeta de Healthy Connections Medicaid para recibir servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de afiliado del plan Absolute Total Care, el proveedor podrá facturarle a Medicare en lugar de a su plan, y usted podría recibir una factura. Lea el Capítulo 7 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Directorio de proveedores y farmacias

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

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

El *Directorio de proveedores y farmacias* proporciona información como direcciones, números telefónicos y horarios de atención. Le informa si la localidad cuenta con facilidades

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 10

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

¿Qué son los “proveedores de la red”?

- Los proveedores de la red de Absolute Total Care incluyen:
 - » Médicos, enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud, a los que usted podrá visitar siendo afiliado de nuestro plan;
 - » Clínicas, hospitales, hogares de cuidados para personas mayores y otros sitios que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - » Agencias de cuidado de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero, proveedores de servicios de excepción, proveedores de servicios a largo plazo y de respaldo y otros proveedores de mercaderías y servicios que usted recibe a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.
- Los proveedores de la red acordaron aceptar pagos de nuestro plan y costo compartido por los servicios cubiertos como pago total.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

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

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

Lista de medicamentos cubiertos

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 11



La Lista de medicamentos dice también si algún medicamento tiene reglas o restricciones, por ejemplo, un límite a la cantidad que podrá obtener. En el Capítulo 5, Sección C, página 107 encontrará más información sobre estas reglas y restricciones.

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

Explicación de beneficios

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

En la *Explicación de beneficios* se indica la cantidad total que usted u otros a su nombre han gastado de la Parte D por medicamentos de receta y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6, Secciones A y B, página 118 se ofrece más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo le ayudarán a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

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

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

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

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

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Si cambió su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Si hay algún cambio de cobertura en cualquier otro tipo de seguro de salud que tenga, por ejemplo de su empleador, del empleador de su esposo o esposa o compensación laboral

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 12



- Si tiene algún reclamo por responsabilidad, como una demanda por un accidente automovilístico
- Si usted ingresa en un hogar para personas mayores o en un hospital
- Si recibe cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona encargada de su cuidado o la persona responsable por usted
- Si usted es parte de una investigación clínica

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

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

¿Mantendremos la privacidad de su información personal?

Sí. Existen leyes que nos exigen mantener en forma confidencial sus expedientes médicos y su información personal. Nosotros nos aseguramos de que su información médica esté protegida. Para obtener más información sobre la manera en que protegemos su información personal, lea Capítulo 8, Sección C, página 134.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 13



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Contenido

A. Cómo comunicarse con Servicios para Afiliados de Absolute Total Care	16
Comuníquese con Servicios para Afiliados, si tiene:	16
▪ Preguntas sobre el plan	16
▪ Preguntas sobre solicitudes de pago, facturas o Tarjetas de identificación para los afiliados.....	16
▪ Preguntas sobre decisiones de cobertura sobre su cuidado de salud	16
▪ Apelaciones sobre el cuidado de su salud.....	17
▪ Quejas sobre el cuidado de su salud.....	17
▪ Decisiones de cobertura de sus medicamentos	17
▪ Apelaciones por sus medicamentos	18
▪ Quejas relacionadas con sus medicamentos	18
▪ Preguntas sobre la devolución de un pago que hizo por cuidados o medicamentos	19
B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidados	19
Comuníquese con su coordinador de cuidados si:	20
▪ Tiene alguna pregunta sobre el cuidado de su salud	20
▪ Quiere ayuda para programar citas	20
▪ Tiene alguna pregunta sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS).....	20
C. Cómo comunicarse con la Línea de consultoría de enfermeras	21
Llame a la Línea de consultoría de enfermeras, si tiene:.....	21
▪ Preguntas sobre el cuidado de su salud.....	21
D. Cómo comunicarse con el Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP)	22

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 14



Comuníquese con I-CARE, si tiene:.....	22
▪ Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare	22
E. Cómo comunicarse con la Organización de mejoramiento de la calidad (QIO).....	23
Comuníquese con KEPRO, si tiene:	23
▪ Preguntas sobre el cuidado de su salud	23
F. Cómo comunicarse con Medicare.....	24
G. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid	25
H. Cómo comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime.....	26
I. Cómo comunicarse con el Ombudsman de Cuidados a largo plazo de South Carolina.....	27

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 15



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

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

Comuníquese con Servicios para Afiliados, si tiene:

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

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

- » sus beneficios y servicios cubiertos, o

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



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

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

➔ Para conocer más sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9, Sección 5.2, página 165.

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

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

➔ Para saber más sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 160.

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

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor de servicios de salud (incluyendo un proveedor fuera de la red o dentro de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Usted también puede presentarnos una queja sobre la calidad del cuidado de salud que haya recibido o presentarla a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (vea la Sección E de este capítulo, página 23).

➔ Si su queja es sobre una decisión de cobertura del cuidado de su salud, puede presentar una apelación (lea la Sección A de este capítulo, página 16).

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

➔ Para saber más sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, lea el Capítulo 9, Sección 10, página 208.

■ **Decisiones de cobertura de sus medicamentos**

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

- » sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
- » la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

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

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



- ➔ Para saber más sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9, Sección 5.2 (página 165) y Sección 6.4 (página 182).

■ **Apelaciones por sus medicamentos**

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

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

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

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

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

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

- ➔ Para saber más sobre cómo apelar por pagos de sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9, Sección 10, página 208.

■ **Quejas relacionadas con sus medicamentos**

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

Si su queja es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos de receta, usted puede apelar. (Lea la Sección A de este capítulo, página 16.)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 18



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

- ➔ Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por sus medicamentos de receta, lea el Capítulo 9, Sección 10, página 208.
- **Preguntas sobre la devolución de un pago que hizo por cuidados o medicamentos**
 - ➔ Para saber más sobre cómo pedirnos que le devolvamos un pago que haya hecho o que paguemos una factura que recibió, lea el Capítulo 7, Sección B, página 127.
 - ➔ Si nos pidió que pagáramos una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Lea el Capítulo 9, Sección 4, página 160 para obtener más información sobre las apelaciones.

B. Cómo comunicarse con su coordinador de cuidados

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

POR TELÉFONO

1-855-735-4398 Esta llamada es gratuita.

El horario de atención de Servicios para Afiliados es de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.

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



POR TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.</p> <p>El horario de atención de Servicios para Afiliados es de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.</p>
POR FAX	1-844-806-6651
POR CORREO	<p>Absolute Total Care 1441 Main Street, Suite 900 Columbia, SC 29201</p>
PÁGINA WEB	http://mmp.absolutetotalcare.com

Comuníquese con su coordinador de cuidados si:

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

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

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

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



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

- » Asistente de cuidados personales
- » Cuidado de salud en el hogar
- » Guardería para adultos
- » Servicios de compañía

C. Cómo comunicarse con la Línea de consultoría de enfermeras

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

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

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

- Preguntas sobre el cuidado de su salud

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



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

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

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

POR TELÉFONO	1-800-868-9095 Esta llamada es gratuita. Horario de oficina: de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	TTY/TDD: 711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial
POR CORREO	Lt. Governor's Office on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
POR CORREO ELECTRÓNICO	askus@aging.sc.gov
PÁGINA WEB	http://aging.sc.gov

Comuníquese con I-CARE, si tiene:

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

Los consejeros de I-CARE podrán:

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

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



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

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

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

Comuníquese con KEPRO, si tiene:

▪ Preguntas sobre el cuidado de su salud

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

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

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



F. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas son gratuitas, 24 horas al día, 7 días de la semana.
POR TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas para escuchar o para hablar. Para llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.
PÁGINA WEB	<p>http://www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Allí se ofrece información actualizada sobre Medicare. También se ofrece información sobre hospitales, hogares para personas mayores, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y sitios para diálisis. Incluye además folletos que usted podrá imprimir desde su computadora. También podrá encontrar contactos de Medicare en su estado, seleccionando “Formularios, ayuda y recursos” y luego haciendo clic en “Números telefónicos y sitios web”.</p> <p>El sitio web de Medicare tiene la siguiente herramienta para ayudarle a encontrar planes en su área:</p> <p>Buscador de planes de Medicare: Aquí se ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos de receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las políticas de Medigap (el seguro suplementario de Medicare) en su área. Seleccione “Buscar planes de salud y medicamentos”.</p> <p>Si no tiene una computadora, podrá pedir ayuda en su biblioteca local o centro para personas mayores. Allí le ayudarán a visitar este sitio web usando sus computadoras. También puede llamar a Medicare, al teléfono anotado arriba, y decirles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

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



G. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid

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

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

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

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



H. Cómo comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime

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

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

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



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

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

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

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

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



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

Contenido

A. Sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	29
B. Reglas para obtener cuidado de salud, salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo cubiertos por el plan.....	29
C. Su coordinador de cuidados.....	31
D. Cómo obtener cuidados de su proveedor personal, de especialistas y de otros proveedores de la red y fuera de la red	32
E. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento	36
F. Cómo recibir respaldos y servicios a largo plazo (LTSS).....	37
G. Cómo obtener servicios de transporte	38
H. Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre	38
I. ¿Qué pasa si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan?	41
J. ¿Sus servicios de cuidado de salud son cubiertos cuando usted está participando en un estudio de investigación clínica?.....	42
K. ¿Cómo están cubiertos sus servicios de salud cuando usted está en una institución religiosa no médica para cuidados de salud?	44
L. Reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME)	45

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 28



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

Servicios incluye cuidados médicos, cuidado de salud del comportamiento, servicios y respaldos a largo plazo, suministros médicos, medicamentos de receta y de venta libre, equipo médico y otros. **Los servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios por los cuales paga nuestro plan. Los servicios cubiertos aparecen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 49.

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

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores están de acuerdo en aceptar nuestro pago y su parte del costo como pago total. Los proveedores de la red nos envían facturas directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted va a un proveedor de la red, por lo general usted no debe pagar solo su parte del costo por los servicios cubiertos.

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

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

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

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4, Sección D, página 49 de este manual).
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. *Médicamente necesario* significa que los servicios son razonables y necesarios:
 - Para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión; **o**
 - Para mejorar el funcionamiento de un afiliado corporal deforme; **o**
 - De alguna otra manera necesario bajo la ley de Medicare

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



De acuerdo con las leyes y reglamentos de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben ser:

- Esenciales para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento o aliviar, corregir o curar condiciones médicas que pongan en peligro la vida, causen dolor o sufrimiento, causen deformaciones físicas o mal funcionamiento o amenacen causar y agravar una discapacidad o tener como resultado una enfermedad o deformación;
 - Prestados en una institución apropiada al nivel apropiado de cuidados, para el tratamiento de su condición médica; **y**
 - Prestados de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica.
- Usted debe tener un **proveedor de cuidados primarios (PCP)** de la red, quien le haya ordenado el cuidado o le haya dicho que vea a otro doctor. Como afiliado del plan, usted deberá escoger un proveedor de la red para que sea su PCP.
- En la mayoría de los casos, el PCP de la red deberá aprobar que usted use a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama una **pre-autorización, referencia o remisión**. Para informarse más sobre las referencias, vaya a la página 32.
 - Usted no necesitará una referencia de su PCP para recibir cuidado de emergencia o cuidado necesario urgente o para ver a un proveedor de cuidado de salud femenina. Usted podrá obtener otras clases de cuidados sin tener una referencia de su PCP. Para informarse más al respecto, vaya a la Sección D de este capítulo, página 32.
- ➔ Para obtener más información sobre cómo elegir un PCP, vaya a la Sección D de este capítulo, página 32.
- **Usted debe recibir el cuidado de su salud de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá cuidados de proveedores que no trabajen con el plan de salud. A veces esta regla no se aplica:
- El plan cubre cuidados de emergencia o atención necesaria de urgencia de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre qué quiere decir *emergencia* o *atención necesaria de urgencia*, vaya a la Sección H de este capítulo, página 38.
 - Si necesita cuidado cubierto por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no se lo pueden dar, puede obtener el cuidado de proveedores fuera de la red. Generalmente se requiere de una autorización previa del plan para servicios fuera de la red. En este caso, cubriremos el cuidado como si lo hubiera recibido

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 30



de proveedores de la red. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, vaya a la Sección D de este capítulo, página 32.

- El plan cubre servicios de diálisis cuando usted esté fuera del área de servicio del plan, durante un corto tiempo. Usted podrá obtener estos servicios en una institución para diálisis certificada por Medicare.
- Al unirse al plan, usted puede seguir visitando a los proveedores que visita actualmente, durante 180 días o hasta que hayamos terminado su evaluación completa y hayamos creado un plan de transición con el que usted esté de acuerdo. Si tiene que seguir viendo a sus proveedores fuera de nuestra red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, cubriremos, solamente, esos cuidados si el proveedor firma un acuerdo con nosotros para un sólo caso. Si usted recibe tratamiento continuo de un proveedor fuera de la red y usted cree que éste tendría que firmar un acuerdo para un sólo caso para poder seguir tratándole, comuníquese con su coordinador de cuidado llamando al número al pie de la página.

C. Su coordinador de cuidados

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

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

- ¿Qué es un coordinador de cuidados?
 - Coordinación de cuidados es un programa usado en Absolute Total Care para coordinar el cuidado para nuestros afiliados.
- ¿Cómo puede usted comunicarse con su coordinador de cuidados?

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



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

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

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

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

¿Qué es un “PCP” y qué hace un PCP por usted?

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

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

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

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

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



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

- Su PCP determina qué especialistas y hospitales utilizará, ya que cuentan con afiliaciones a ciertos especialistas y hospitales en nuestra red.
- Su PCP le proporcionará la mayoría de su cuidado y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtiene como afiliado de nuestro plan. Esto incluye:
 - atención médica a través de doctores especialistas
 - admisiones al hospital
 - cuidado de seguimiento
 - radiografías
 - pruebas de laboratorio
 - terapias

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

Ya que su PCP le proporcionará y coordinará su atención médica, usted debería pedir que envíen todos sus récords médicos del pasado a la oficina de su PCP. El Capítulo 8, Sección D, página 135 le indica cómo protegeremos la privacidad de sus archivos médicos y de su información de salud personal.

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

¿Cómo elegir su PCP?

Usted puede elegir cualquier PCP de la red enumerado en el Directorio de proveedores y farmacias. Consulte por favor nuestro Directorio de proveedores y farmacias o llame a

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 33



Servicios para Afiliados para elegir su PCP. Puede comunicarse con Servicios para Afiliados llamando al número al pie de la página.

Cómo cambiar su PCP

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

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

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

Servicios que puede obtener sin recibir aprobación previa de su PCP

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

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

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



Cómo obtener cuidados de especialistas y de otros proveedores de la red

Un *especialista* es un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad en particular o para una parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

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

Es muy importante que hable con su PCP antes de atenderse con un especialista del plan o ciertos otros proveedores (existen algunas excepciones, incluyendo atención médica femenina de rutina, como explicábamos antes en esta sección). El PCP puede ayudar a coordinar aquella visita al especialista. Si un especialista estima que usted necesita servicios de especialidad adicionales, el especialista solicitará autorización directamente de Absolute Total Care. Para obtener información sobre qué servicios requieren de autorización previa, consulte el gráfico de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 49 de esta guía.

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

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

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

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

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle acceso sin interrupciones a proveedores calificados.
- Realmente nos esforzaremos para avisarle con, al menos, 30 días de anticipación, para que usted tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo, para continuar administrando sus necesidades de cuidados de salud.

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



- Si está recibiendo tratamiento médico, usted tiene derecho a pedir y nosotros trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo.
- Si le parece que no hemos reemplazado su proveedor anterior por otro proveedor calificado o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una queja.

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

Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red

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

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

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

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

E. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento se encuentran disponibles para todos los afiliados de Absolute Total Care. La mayoría de los tratamientos individuales ambulatorios

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



son descritos en el Capítulo 4 y son cubiertos sin autorización previa si usted se atiende con un proveedor de la red. Para obtener mayor información acerca de qué servicios requieren de autorización previa, consulte el gráfico de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 49 de este manual. Comuníquese con su coordinador de cuidados o PCP para obtener otros servicios de salud del comportamiento.

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

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

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

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

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

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

Los Beneficios de LTSS pueden estar a la disposición de afiliados no inscritos en un programa de excepción si se considera médicamente necesario debido a la afección o diagnóstico del afiliado. Si usted no es parte de un programa de excepción pero le gustaría saber si califica para LTSS, usted puede hablar con su coordinador de cuidados sobre cómo acceder a ellos y si usted puede unirse a alguno de estos programas de excepción. Su coordinador de cuidados puede darle información sobre cómo solicitar un programa de excepción apropiado y todos los recursos disponibles para usted bajo nuestro plan.

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



Cómo obtener cuidados autodirigidos

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

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

G. Cómo obtener servicios de transporte

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

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

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

Cómo obtener cuidados cuando tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica?

Una *emergencia médica* es una enfermedad con síntomas tales como dolor agudo o lesiones graves. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata,

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



usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resultase en:

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

¿Qué debe hacer si tiene una emergencia médica?

Si usted tiene una emergencia médica:

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

¿Qué será cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted podrá obtener cuidado de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. No obstante, Medicare y nuestro plan no cubrimos cuidados de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubrirá. Para obtener más información, lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 49.

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 39



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

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

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

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

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

Cómo obtener atención necesaria de urgencia

¿Qué significa atención necesaria de urgencia?

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Cómo obtener cuidados durante un desastre

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

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

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, permitiremos que usted reciba cuidado de proveedores fuera de la red con la cuota de costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, usted podrá surtir sus medicamentos de receta en una farmacia fuera de la red. Por favor lea más información en el Capítulo 5, Sección A, página 101.

I. ¿Qué pasa si le cobran directamente los servicios cubiertos por nuestro plan?

No pague directamente los servicios que cubra Healthy Connections Medicaid

- Si un proveedor le envía a usted una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, usted puede pedirnos que paguemos nuestra parte de la factura.
- Si usted pagó al proveedor, no podemos devolverle lo que pagó, pero el proveedor lo hará. Servicios para Afiliados o el Defensor principal de Healthy Connections pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Vea sus números de teléfono al pie de la página y en el Capítulo 2, Sección H, página 26.

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

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, **lea el Capítulo 7, Sección B, página 127 para saber qué hacer.**

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



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

Absolute Total Care cubre todos los servicios:

- que sean médicamente necesarios, **y**
- que aparezcan en la Tabla de beneficios del plan (lea el Capítulo 4, Sección D, página 49), **y**
- que usted reciba siguiendo las reglas del plan.

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

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

El Capítulo 9, Sección 4, página 160 explica qué hacer si desea que el plan pague por un servicio médico que normalmente no paga. También le dice cómo apelar una decisión sobre un servicio. Usted puede llamar a Servicios para Afiliados para saber más sobre esto.

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

Nuestro plan no tiene permitido reembolsar a afiliados por beneficios cubiertos por Healthy Connections Medicaid. Si tiene preguntas sobre los beneficios cubiertos por Healthy Connections Medicaid, puede llamar a Healthy Connections Medicaid (lea Capítulo 2, Sección G, página 25), o puede llamar a Servicios para Afiliados al número al pie de la página.

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

¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted desea participar, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le hablará del estudio y decidirá

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



si usted es elegible para participar. Usted podrá participar en el estudio si cumple con las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

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

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

Pero, usted sí debe avisarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.

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

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

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

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

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

Más información

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 43



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

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

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

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

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

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

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

- La institución que proporcione el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- Los servicios cubiertos por nuestro plan se limitan a aspectos *no religiosos* del cuidado de salud.
- Si usted recibe servicios de esta institución y son proporcionados en sus instalaciones, se aplicará lo siguiente:
 - Usted debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos para recibir cuidados como paciente internado en un hospital o en un centro de cuidados de enfermería especializada.
 - Deberá obtener aprobación de nuestro plan, antes de ser internado en la institución o su estadía no tendrá cobertura.

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



Nuestro plan cubre días ilimitados para atención para pacientes internos en el hospital cuando esta sea autorizada por el plan. Consulte el Cuadro de beneficios en Capítulo 4, Sección D, página 49 si desea información adicional.

L. Reglas de propiedad del equipo médico duradero (DME)

¿Usted será dueño de su equipo médico duradero?

Equipo médico duradero se refiere a ciertos elementos pedidos por un proveedor para que usted use en su casa. Ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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

En Medicare, ciertos tipos de equipos médicos duraderos pasan a ser propiedad de las personas que los alquilan después de 13 meses. Como afiliado de Absolute Total Care, nuestro plan rentará la mayoría de los artículos DME para usted durante un máximo de 13 meses. Transcurridos los 13 meses, nuestro plan le transferirá a usted la titularidad del artículo DME, y este se considerará comprado. Sin embargo, Absolute Total Care no paga las tarifas de mantenimiento. Llame a Servicios para Afiliados para obtener más información.

¿Qué sucede si se cambia a Medicare?

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

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

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

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

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



Capítulo 4: Tabla de beneficios

Contenido

A. Para entender lo que usted deberá pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos	47
B. Nuestro plan no permite que los proveedores le cobren por sus servicios.....	47
C. Sobre la tabla de beneficios	47
D. Tabla de beneficios	49
E. Servicios de excepción operados por Community and Long Term Care (CLTC) que paga nuestro plan	90
F. Beneficios cubiertos fuera de Absolute Total Care	94
Cuidado de hospicio.....	94
G. Beneficios que <i>no</i> están cubiertos por Absolute Total Care, Medicare o Healthy Connections Medicaid.....	95

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 46



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

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

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

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

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

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

➔ **Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto pasa, lea el Capítulo 7, Sección B, página 127 o llame a Servicios para Afiliados.**

C. Sobre la tabla de beneficios

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

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

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

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



- Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa servicios que sea razonable que usted necesite para diagnosticar o tratar su enfermedad o lesión; para mejorar el funcionamiento de algún afiliado deformado del cuerpo o, de alguna otra manera médicamente necesario, de acuerdo con la ley de Medicare. De acuerdo con la ley y reglamentos de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben ser para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica. Los servicios deben también ser proporcionados en una institución apropiada para su condición médica y cumplir con los estándares generalmente aceptados para el cuidado médico.
- Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con su plan de cuidado de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, página 32 hay más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidados primarios (PCP) o un equipo de cuidados que le proporciona y está a cargo del cuidado de su salud. En casi todos los casos, su PCP deberá darle una aprobación antes que usted pueda ir a ver a otros proveedores de la red. A esto se le llama pre-autorización o remisión. En el Capítulo 3, Sección D, página 32 hay más información sobre cómo obtener una pre-autorización y los casos en que no es necesario obtenerla.
 - » Cuando recién se una al plan, usted podrá seguir viendo los proveedores que usted ve ahora durante 180 días o hasta que hayamos completado su evaluación completa y hayamos creado un plan de transición con el que usted esté de acuerdo. Si necesita seguir viendo sus proveedores fuera de la red después de sus primeros 180 días en nuestro plan, solamente cubriremos ese cuidado si el proveedor firma por un sólo caso un acuerdo con nosotros. Un acuerdo de un sólo caso es una excepción para tratar a ese proveedor como un proveedor de la red. Si usted recibe tratamiento continuo de un proveedor fuera de la red y piensa que el proveedor pueda necesitar un acuerdo por un sólo caso para poder seguir dándole tratamiento, comuníquese con Servicios para Afiliados llamando al número al pie de la página.
- Algunos de los servicios anotados en la tabla de beneficios serán cubiertos solamente si su equipo de cuidados, su médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama *autorización previa*. Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en la tabla de beneficios **en letra negrita**.

Todos los cuidados preventivos son gratuitos. Usted verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 48



D. Tabla de beneficios

Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Administración de casos dirigida (TCM)</p> <p>Las actividades de TCM garantizan que sus necesidades de servicios médicos, sociales, educativos y otros sean atendidas de manera continua, para ayudarlo a ser más autosuficiente.</p> <p>Para recibir TCM, usted tiene que estar en alguno de los grupos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personas con discapacidades intelectuales y otras relacionadas ▪ Adultos con enfermedad mental grave y persistente ▪ Personas con enfermedad por sustancias psicoactivas ▪ Adultos con deterioros funcionales ▪ Personas con deterioros sensoriales ▪ Personas con lesiones de la cabeza y médula espinal e incapacidades relacionadas <p>TCM solamente está disponible durante los últimos 180 días que usted esté en una institución y se esté mudando a un entorno comunitario. Las personas que se muden a un programa de excepción no son elegibles para TCM</p> <p>Hable con su coordinador de cuidados o su PCP sobre cómo obtener los servicios de TCM.</p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) podría ser necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Agencias de cuidado de salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de salud en el hogar, un doctor deberá determinar que usted los necesita y que deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados de salud en el hogar.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no han sido incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y asistentes de salud en el hogar (para estar cubiertos bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud en el hogar combinados deben tener en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana y no más de 50 visitas cubiertas por Medicare al año). ▪ Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ Servicios sociales y médicos ▪ Equipo y suministros médicos (incluyendo, sin limitación, suministros para la incontinencia) 	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 copago por servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p> <p>\$3.30 copago por servicios de cuidado personal cubiertos por Healthy Connections Medicaid</p> <p>\$0 copago por suministros para la incontinencia cubiertos por Healthy Connections Medicaid.</p>
<p>Artículos de venta libre (sin receta médica, u OTC por sus siglas en inglés)</p> <p>El plan cubre una selección limitada de artículos de OTC, los cuales están disponibles a través de pedido por correo. Llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) para obtener información adicional.</p> <p>El plan cubre hasta \$25 cada mes calendario por artículos elegibles de venta libre disponibles a través de pedido por correo. Las cantidades no usadas no se acumulan de un mes a otro.</p>	<p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (incluso si no usan insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> » Un monitor de glucosa en sangre » Tiras de prueba para la glucosa en sangre » Dispositivos para lancetas y lancetas » Preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores ▪ Para las personas con diabetes que tengan enfermedades graves en los pies, el plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> » Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas, cada año de calendario, o » Un par de zapatos de profundidad (hondos) y tres pares de plantillas cada año, (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con estos zapatos) <p>El plan también pagará la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En algunos casos, el plan cubre educación para ayudarle a controlar la diabetes. Usted será elegible para los Servicios de control de la diabetes si su proveedor determina que esto le ayudará. Usted tiene un límite de 10 horas de educación sobre diabetes de por vida. 	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) podría ser necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cirugías como paciente externo</p> <p>El plan pagará cirugías como paciente externo y servicios en instituciones para pacientes externos en un hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>
<p> Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si usted usa tabaco pero no tiene señales o síntomas de tener una enfermedad relacionada con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan le pagará dos sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de fumar como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de consejería para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas en persona. <p>Si usted usa tabaco y se le ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el uso del tabaco o está tomando medicamentos que pudieran ser afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan le pagará dos sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de consumir tabaco. Cada sesión de consejería para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona. 	<p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)</p> <p>El plan paga una visita al año a su proveedor de cuidados primarios para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ hablarle sobre el uso de la aspirina, ▪ revisar su presión arterial (de la sangre), o ▪ darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien. 	\$0

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la vista</p> <p>El plan pagará servicios de un médico para pacientes externos por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de los ojos, para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare no cubre exámenes de la vista regulares para recibir anteojos o lentes de contacto.</p> <p>Healthy Connections Medicaid cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento de una enfermedad o lesión de los ojos ▪ Reemplazo inicial de lentes por una cirugía de cataratas <p>Para las personas con un alto riesgo de tener glaucoma, el plan pagará un examen de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ personas con una historia familiar de glaucoma, ▪ personas con diabetes, ▪ personas Afroamericanas de 50 años y mayores, y ▪ personas Hispanoamericanas de 65 años o mayores. <p>El plan pagará un par de lentes o de lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el doctor inserte un lente intraocular. (Si usted tiene dos cirugías de cataratas por separado, podrá recibir un par de lentes después de cada cirugía. Usted no podrá recibir dos pares de lentes después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de lentes después de la primera cirugía).</p>	<p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado necesario de urgencia</p> <p>El cuidado <i>necesario de urgencia</i> es el cuidado para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un caso que no es una emergencia, o ▪ una enfermedad inesperada, o ▪ una lesión, o ▪ una enfermedad que necesite cuidado inmediato. <p>Si usted necesita cuidado de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red.</p> <p>El cuidado necesario de urgencia solamente está cubierto cuando usted recibe los servicios en los EE.UU.</p>	<p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados de salud mental para pacientes externos</p> <p>El plan pagará servicios de salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un psiquiatra o médico con licencia del Estado, ▪ un psicólogo clínico, ▪ un trabajador social clínico, ▪ una enfermera clínica especializada, ▪ una enfermera de práctica avanzada, ▪ un asistente médico, ▪ un terapeuta matrimonial y familiar con licencia, ▪ un consejero profesional con licencia, o ▪ cualquier otro profesional de la salud mental certificado por Medicare, según lo permitan las leyes del estado aplicables. <p>El plan pagará los siguientes servicios y otros que posiblemente no se anoten aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios clínicos ▪ Servicios de tratamiento diarios ▪ Servicios de rehabilitación sicosocial 	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados de salud mental para pacientes internos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan pagará servicios de cuidado de salud mental que requieran una estadía en el hospital. ▪ Hay un límite de 190 días de por vida para cuidados de salud mental para pacientes internos en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a servicios cuidados de salud mental para pacientes internos proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. ▪ Después de usar sus 190 días, estos servicios están disponibles en una <i>Institution for Mental Diseases</i> (Institución para enfermedades mentales, o IMD por sus siglas en inglés). Una IMD está definida como una institución dedicada principalmente a proporcionar diagnóstico, tratamiento o cuidado de personas con enfermedades mentales, incluyendo atención médica, cuidado de enfermería y servicios relacionados. Se determina que una institución es una IMD por su carácter general, como una institución establecida y mantenida principalmente para el cuidado y tratamiento de personas con enfermedades mentales. 	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados en hogares para personas de la tercera edad</p> <p>Su plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de enfermería: todos los servicios de enfermería que cumplan con todas las necesidades del residente. ▪ Servicios especiales: ayuda de trabajadores sociales, actividades planificadas y varias terapias. ▪ Servicios personales. ayuda para alimentarse, vestirse, funciones de evacuación, baño, etc. ▪ Habitación y alimentos: hospedaje semiprivado o en sala general. ▪ Equipo de seguridad y tratamiento: sillas de ruedas, equipo de infusión, cómodo junto a la cama, etc. ▪ Medicamentos: medicamentos de venta libre (excepto insulina) ▪ Suministros médicos y oxígeno: oxígeno, equipo para terapias de inhalación, catéteres, vendajes, etc. <p>Los servicios que no están cubiertos incluyen servicios de médico, análisis de laboratorio y radiografías, servicios hospitalarios para pacientes internos y externos, medicamentos de receta, etc.</p> <p>Por favor note que el cuidado en instituciones de enfermería especializada está cubierto bajo su propia categoría en esta tabla.</p>	<p>Por favor comuníquese con su administrador de cuidados para saber si tendrá que contribuir para sus cuidados en el hogar para personas mayores.</p>
<p>Cuidados en hospicio</p> <p>Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p><i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i></p>	<p>\$0</p> <p>Cuando usted se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de Medicare Parte A y B relacionados con su prognosis terminal serán pagados por Medicare Original, no por Absolute Total Care.</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados en hospicio (continuación)</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras usted recibe servicios de hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor ▪ Cuidados de respiro a corto plazo ▪ Cuidados en el hogar <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B son facturados a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lea más información en la Sección F, página 94 de este capítulo. <p>Para los servicios cubiertos por Absolute Total Care, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absolute Total Care pagará los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan pagará los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. Usted pagará la cantidad de costo compartido del plan por estos servicios. <p>Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Absolute Total Care.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Por favor lea el Capítulo 5, Sección F, página 113. <p>Nota: Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su coordinador de cuidados para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su enfermedad terminal. Llame al número que aparece al pie de la página para comunicarse con su coordinador de cuidados.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta en hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal, que no ha elegido el beneficio de hospicio.</p>	

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados en instituciones de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Las estadías cubiertas por Medicare (por ejemplo, rehabilitación) requieren una autorización previa mientras que las estadías cubiertas por Healthy Connections Medicaid (por ejemplo, estadías a largo plazo en centros de enfermería especializada (SNF)) solo requieren una remisión.</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no anotados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una habitación semiprivada o privada, si es médicamente necesaria ▪ Alimentos, incluyendo dietas especiales ▪ Servicios de enfermería ▪ Terapia física, ocupacional y del habla ▪ Medicamentos que usted reciba como parte de su plan de cuidados, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea ▪ Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración ▪ Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por instituciones de enfermería ▪ Exámenes de laboratorio proporcionados por instituciones de enfermería ▪ Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados por instituciones de enfermería ▪ Dispositivos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por instituciones de enfermería ▪ Servicios de un médico o proveedor <p>Generalmente usted recibirá su cuidado de instituciones de la red. No obstante, posiblemente usted pueda recibir su cuidado de una institución fuera de nuestra red. Usted puede obtener cuidado de los lugares siguientes, si estos aceptan las cantidades que paga nuestro plan.</p> <p style="text-align: right;"><i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i></p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) podría ser necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p> <p>Una remisión es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados en instituciones de enfermería especializada (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un hogar de cuidados para personas mayores o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando ésta ofrezca servicios de institución de enfermería) ▪ Una institución de enfermería donde viva su esposo/esposa al momento de abandonar el hospital. <p>Por favor tenga en mente que los cuidados en hogar de cuidados para personas de la tercera edad están cubiertos bajo su propia categoría en esta tabla.</p> <p>La admisión a una institución de enfermería especializada debe cumplir con los estándares de necesidad médica. No se requiere de estadía en el hospital para recibir cuidado de una institución de enfermería especializada; sin embargo, la certificación CLTC se exige antes de cualquier admisión auspiciada por Medicaid a un centro de cuidado a largo plazo desde cualquier lugar, incluyendo la transición desde la comunidad a un centro de enfermería (estadía no cubierta por Medicare o menos de 3 días de estadía en el hospital antes de la admisión a un centro de enfermería). Su coordinador de cuidados puede ayudarle a obtener esta certificación. Para comunicarse con su coordinador de cuidados, llame al número que aparece al pie de la página.</p>	
<p>Cuidados en un hospital como paciente interno</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) ▪ Comidas, incluyendo dietas especiales ▪ Servicios de enfermería regulares <p style="text-align: right;"><i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i></p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados en un hospital como paciente interno (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario ▪ Medicamentos y medicaciones ▪ Exámenes de laboratorio ▪ Radiografías y otros servicios de radiología ▪ Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios ▪ Aparatos, como sillas de ruedas ▪ Servicios de sala de operaciones y de recuperación ▪ Terapia física, ocupacional y del habla ▪ Servicios como paciente interno por abuso de sustancias ▪ Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración ▪ Servicios de un médico ▪ En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y de órganos intestinales/multiviscerales. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de cuidado para su comunidad. Si Absolute Total Care proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de cuidado para su comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos por el alojamiento y los costos de viaje para usted y otra persona. Si los servicios de trasplante se encuentran disponibles en un centro de trasplantes local aprobado por Medicare, transporte y alojamiento no serán cubiertos por Absolute Total Care.</p>	<p>Usted deberá obtener aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente interno en un hospital fuera de la red, una vez que su emergencia esté bajo control.</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados médicos de emergencia</p> <p><i>Cuidado de emergencia</i> significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, y ▪ necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una <i>emergencia médica</i> es un problema médico acompañado por un dolor severo o una lesión seria. Dicha condición es tan seria que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar que cause:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ graves riesgos para su salud, o ▪ daños graves a las funciones del cuerpo, o ▪ disfunción grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo. <p>Los servicios médicos de emergencia están cubiertos sólo cuando los reciba dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>\$0</p> <p>Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente interno después que su emergencia ha sido estabilizada, usted deberá regresar a un hospital de la red para que continuemos pagando por su cuidado. Usted podrá seguir recibiendo cuidados como paciente interno en un hospital fuera de la red, solamente si el plan aprueba su estadía.</p>

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



<p>Cuidados paliativos</p> <p>Los cuidados paliativos son la atención médica especializada para personas con enfermedades graves. Este tipo de atención se centra en proveerles a los pacientes alivio de los síntomas, el dolor y el estrés de una enfermedad grave. El objetivo es mejorar la calidad de vida para el paciente y la familia.</p> <p>Un equipo, que puede incluir médicos, enfermeros, trabajadores sociales, capellanes y otras personas que trabajan con otros médicos del paciente para brindar un soporte adicional, provee los cuidados paliativos. El equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hablará con los afiliados sobre las cuestiones que más les interesen. ▪ Evaluará y controlará el dolor y otros síntomas. ▪ Tratará las necesidades psicológicas y espirituales de los afiliados y su familia. ▪ Ofrecerá apoyo para ayudar a los afiliados a vivir lo mejor posible. ▪ Ofrecerá un sistema de apoyo para ayudar a la familia a superar la enfermedad del afiliado. <p>Los cuidados paliativos son apropiados en cualquier edad y en cualquier estadio de una enfermedad grave, y se pueden brindar junto con tratamiento curativo</p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>Una remisión podría ser necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>
<p>Dispositivos prostéticos y suministros relacionados</p> <p>Los <i>dispositivos prostéticos</i> reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. El plan pagará los siguientes aparatos prostéticos y, posiblemente, otros aparatos que no han sido incluidos aquí si su proveedor obtiene una aprobación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía ▪ Marcapasos ▪ Aparatos ortopédicos ▪ Zapatos prostéticos 	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) podría ser necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>El copago es de \$0 por dispositivos prostéticos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>El copago es de \$3.40 por</p>

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



<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brazos y piernas artificiales ▪ Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía) <p>Además, el plan pagará algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. El plan también pagará la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos.</p> <p>El plan ofrece cobertura parcial después de una extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Vea la sección de arriba para más información sobre el “Cuidado de la vista”, (página 54).</p> <p>El plan no pagará dispositivos prostéticos dentales.</p>	<p>dispositivos prostéticos y suministros relacionados cubiertos por Healthy Connections Medicaid</p>
--	---

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



<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Lea una definición de "Equipo médico duradero" en el Capítulo 12, página 227 de este manual.)</p> <p>Los siguientes artículos están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sillas de ruedas ▪ Muletas ▪ Sistemas de camas eléctricas ▪ Suministros para diabéticos ▪ Camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar ▪ Bombas de infusión intravenosa ▪ Dispositivos de generación de voz ▪ Equipos y suministros de oxígeno ▪ Nebulizadores ▪ Andadores <p>Es posible que otros artículos estén cubiertos.</p> <p>Pagaremos todo el equipo médico duradero médicamente necesario que Medicare y Healthy Connections Medicaid paguen normalmente. Si nuestro proveedor en su área no tiene alguna marca o fabricante en particular, usted podrá pedirles que hagan un pedido especial para usted.</p> <p>El plan le alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted por una duración máxima de 13 meses. Después de los 13 meses, nuestro plan le transferirá posesión del artículo de DME a usted, y este será considerado comprado. Sin embargo, Absolute Total Care no paga los costos de mantenimiento.</p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>El copago es de \$0 por equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>El copago es de \$3.40 por equipo médico duradero cubierto por Healthy Connections Medicaid (suministros especializados)</p>
<p> Examen de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Examen de ultrasonido que se da una sola vez para personas en riesgo. El plan cubre este examen solamente si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una pre-autorización para el examen, de su médico, asistente de médico, enfermera de práctica avanzada o enfermera especialista clínica.</p>	<p>\$0</p>

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



<p>Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos como paciente externo</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiografías ▪ Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo materiales que usan los técnicos y suministros ▪ Suministros quirúrgicos, como vendajes ▪ férulas, escayolas y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones ▪ Exámenes de laboratorio ▪ Sangre, incluyendo almacenamiento y administración ▪ Otras pruebas de diagnóstico como paciente externo 	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>
<p> Exámenes de obesidad y terapia para mantener bajo el peso</p> <p>Si su índice de masa corporal es de 30 o más, el plan pagará consejería para ayudarlo a bajar de peso. Usted deberá obtener la consejería en un lugar de cuidados primarios. De esta manera, podrá ser controlada con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de cuidado primario para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>

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



 <p>Exámenes de VIH</p> <p>El plan pagará por un examen de evaluación de VIH cada 12 meses, para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soliciten una prueba de VIH, o ▪ tengan alto riesgo de contraer una infección por VIH. <p>Los afiliados que tengan VIH o SIDA pueden recibir servicios adicionales si se unen a un programa de excepción de Community Long Term Care (CLTC). Lea en Sección E, página 88 más información sobre los servicios para los afiliados elegibles.</p>	\$0
 <p>Exámenes exploratorios para cáncer de próstata</p> <p>El plan pagará para los hombres los siguientes servicios cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un examen de tacto rectal ▪ Un examen de antígeno prostático específico (PSA) 	\$0

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



<p> Exámenes para controlar la diabetes</p> <p>El plan pagará este examen (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas), si usted tiene alguno de los factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presión arterial alta (hipertensión) ▪ Historia de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia) ▪ Obesidad ▪ Historia de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa) <p>En algunos casos estas pruebas pueden ser cubiertas, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y si su familia tiene historia de diabetes.</p> <p>Dependiendo de los resultados de los exámenes, usted podría ser elegible para recibir hasta dos exámenes cada 12 meses para el control de la diabetes.</p>	\$0
---	-----

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



 <p>Exámenes para detectar el cáncer colorrectal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario exploratoria) cada 48 meses ▪ Prueba de sangre oculta en la materia fecal, cada 12 meses ▪ Análisis de sangre oculta en la materia fecal a base de prueba sensible del guayacol o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses ▪ Cribado colorrectal basado en el ADN, cada 3 años <p>Para las personas que tengan alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia exploratoria (o una enema de bario exploratoria) cada 24 meses.</p> <p>Para las personas que no tengan un alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia exploratoria cada diez años (pero no dentro de un periodo de 48 meses desde la fecha en que le hayan hecho una sigmoidoscopia exploratoria).</p>	\$0
 <p>Exámenes para detectar el cáncer de seno (mamografías)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una mamografía cada doce meses para las mujeres de 40 años y mayores ▪ Un examen clínico de los senos cada 24 meses 	\$0
 <p>Exámenes para detectar el cáncer del cuello del útero y vaginal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cada 24 meses. ▪ Para las mujeres en alto riesgo de cáncer del cuello del útero o vaginal: Prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	\$0

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



 <p>Exámenes para detectar la depresión</p> <p>El plan pagará un examen para detectar la depresión cada año. Los exámenes se deben hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	\$0
 <p>Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>El plan paga análisis de sangre cada cinco años (60 meses), para saber si usted tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón.</p>	\$0
 <p>Exámenes y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (STI)</p> <p>El plan pagará exámenes de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes serán cubiertos para algunas personas que tengan mayor riesgo de tener una infección de transmisión sexual. Un proveedor de cuidado primario deberá ordenar las pruebas. Nosotros cubriremos estos exámenes una vez cada 12 meses.</p> <p>El plan también pagará hasta dos sesiones intensivas de consejería del comportamiento, en persona, una vez al año para adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión podrá ser de 20 a 30 minutos de duración. El plan pagará estas sesiones de consejería como un servicio preventivo, solamente si son dadas por un proveedor de cuidados primarios. Las sesiones deben ser en un lugar de cuidados primarios como en el consultorio de un médico.</p>	\$0
<p>Exámenes y orientación por el abuso de alcohol</p> <p>El plan pagará por un examen para establecer el abuso de alcohol en adultos que lo abusan pero que no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, usted podrá obtener hasta cuatro sesiones de consejería breves, en persona, al año (si usted está alerta y capaz durante las sesiones) con un proveedor de cuidados</p>	\$0

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 71



<p>primarios calificado o un médico en un lugar de atención de cuidados primarios.</p> <p>También puede recibir servicios de rehabilitación y recuperación concentrados en las destrezas para soportar, los que le ayudarán a controlar sus síntomas y comportamientos. Estos servicios pueden ser en entornos individuales o grupales.</p>	
---	--

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



<p>Medicamentos de receta de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B. Absolute Total Care pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión mientras recibe servicios de un médico, como paciente externo de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria ▪ Medicamentos usados mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan ▪ Factores de coagulación que se inyecta usted mismo, si tiene hemofilia ▪ Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano ▪ Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos serán pagados, si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted misma ▪ Antígenos ▪ Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas ▪ Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea medicamento necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa) ▪ Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p><i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i></p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>
---	---

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



<p>Medicamentos de receta de Medicare Parte B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ El Capítulo 5, Introducción, página 100 explica sus beneficios de medicamentos de receta como paciente externo y también las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas. ➔ El Capítulo 6, Sección C, página 119 explica lo que usted pagará por sus medicamentos como paciente externo a través de nuestro plan. 	
<p> Medición de la masa ósea (de los huesos)</p> <p>El plan pagará ciertos procedimientos para los afiliados elegibles (normalmente, para personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos. El plan también pagará servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico que estudie y comente los resultados.</p>	\$0
<p> Programas de educación de salud y bienestar</p> <p>El plan tiene una variedad de programas de actividades educativas de salud y bienestar para los afiliados, sus familiares y otras personas que den cuidados informales. Algunos ejemplos de los temas que podrían estar cubiertos son:</p> <p style="text-align: center;"><i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i></p>	\$0

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



<p>Programas de educación de salud y bienestar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoadministración de condiciones crónicas ▪ Cómo dejar de fumar ▪ Prevención de caídas ▪ Respaldo a las personas que ofrecen cuidados ▪ Nutrición ▪ Abuso en el consumo de alcohol y drogas ▪ Administración de sus medicamentos ▪ Ejercicios físicos: Los afiliados pueden recibir un reembolso de hasta \$250 anualmente por afiliaciones a gimnasios y clases de acondicionamiento físico ▪ Planificación de enfermedades ▪ Preparación para emergencias ▪ Servicios de telemonitoreo. El equipo de telemonitoreo controla el peso, presión sanguínea, oxígeno en la sangre y niveles de glucosa en la sangre de los afiliados. ▪ Línea abierta de enfermería. Disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. ▪ Conciliación de medicamentos en la casa después del alta hospitalaria. ▪ Administración de enfermedades como programas para el manejo de la diabetes 	
<p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare</p> <p>El plan pagará los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (por sus siglas en inglés, MDPP).</p> <p>El MDPP es un programa que ofrece capacitación sobre cómo cambiar la alimentación, aumentar la actividad física y encontrar maneras de mantener el peso perdido y un estilo de vida saludable.</p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



<p> Pruebas de detección del cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene 55-77 años, y ▪ Tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, y ▪ Ha fumado al menos 1 atado al año durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor que califique.</p>	\$0
<p>Servicios como paciente externo para evitar el abuso de sustancias</p> <p>Medicare Parte B ayuda a pagar los servicios de tratamiento por abuso en el consumo de sustancias como paciente externo, de una clínica o departamento para pacientes externos de un hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, sin limitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoterapia ▪ Educación del paciente ▪ Cuidados de seguimiento después de salir del hospital ▪ Medicamentos de receta durante una estadía en el hospital o inyectados en el consultorio médico ▪ Exámenes preventivos y consejería 	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



<p>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro especializado de enfermería (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si su estadía como paciente interno no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un lugar con servicios de enfermería. El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros que no están incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de un médico ▪ Exámenes de diagnóstico, como análisis de laboratorio ▪ Terapia de rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos ▪ Apósitos quirúrgicos ▪ Entablillados, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocamientos o luxaciones ▪ Dispositivos ortopédicos y prostéticos no dentales, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> » reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo), o » reemplazan la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal. ▪ Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente ▪ Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) podría ser necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>Una remisión podría ser necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0 para la mayoría de los artículos</p> <p>\$3.40 por prótesis, dispositivos ortóticos y suministros médicos cubiertos solamente por Healthy Connections Medicaid</p>
--	---

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



<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos (aviones y helicópteros). La ambulancia le llevará al lugar más cercano dónde puedan atenderle. Su enfermedad debe ser tan grave que, si lo llevan a algún lugar de cuidados por otros medios, podría poner en riesgo su vida o su salud.</p> <p>Los servicios de ambulancia para otros casos deberán ser aprobados por el plan.</p> <p>En aquellos casos que no sean emergencias, el plan podría pagar por el servicio de una ambulancia. Su enfermedad debe ser tan grave que, llevarle a algún lugar de cuidados por otros medios podría poner en riesgo su vida o su salud.</p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria para servicios de ambulancia que no sean de emergencia. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>
<p>Servicios de hospital como paciente externo</p> <p>El plan pagará los servicios médicamente necesarios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes externos de un hospital.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios en una sala de emergencias o en una clínica de pacientes externos, como servicios de observación o cirugía como paciente externo ▪ Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital ▪ Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente interno sería necesario sin ese cuidado ▪ Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital <p><i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i></p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) podría ser necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



<p>Servicios de hospital como paciente externo (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suministros médicos, como entablillados y yesos ▪ Exámenes y servicios preventivos detallados en la Tabla de beneficios ▪ Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo 	
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio de hospital para pacientes ambulatorios o mediante un centro de salud mental comunitario. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarlo a evitar una hospitalización.</p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>
<p>Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en consultorios</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarios, en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> » un consultorio médico » un centro quirúrgico ambulatorio certificado » una clínica de pacientes externos de un hospital ▪ Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista <p><i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i></p>	<p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en consultorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exámenes básicos de oído y de equilibrio realizados por su proveedor de cuidados primarios <u>o</u> especialista, si su médico lo ordena para ver si usted necesita tratamiento ▪ Algunos servicios de Telehealth, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento de un médico o profesional para pacientes en áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare ▪ Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de un procedimiento médico ▪ Cuidado dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitarán a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> » cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, » reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, » extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplástico, o » servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico. 	

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley permite que usted elija a cualquier proveedor para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto quiere decir cualquier doctor, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen y tratamiento médico de planificación familiar ▪ Exámenes de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar ▪ Métodos de planificación familiar ▪ Suministros de planificación familiar con receta (condones) ▪ Consejería y exámenes por infecciones de transmisión sexual (STI), SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH ▪ Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) ▪ Esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días.) <p>El plan pagará también por otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá ver a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento médico para casos de infertilidad ▪ Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH ▪ Pruebas genéticas 	<p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de podiatría</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos) ▪ Cuidado de rutina de los pies para los afiliados con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes 	\$0
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>El plan cubre servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería. Los afiliados deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con una orden de un médico. El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca <i>intensiva</i>, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales.</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación como paciente externo</p> <p>El plan pagará terapia física, ocupacional y del habla. Los servicios de terapia física deben mejorar o restaurar su función física y prevenir lesiones, impedimentos, discapacidades después de una enfermedad, lesión o pérdida de una parte del cuerpo.</p> <p>Usted puede obtener servicios de rehabilitación del departamento para pacientes externos de un hospital, de terapeutas independientes, de instituciones de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y de otras instituciones.</p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan pagará programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El afiliado deberá tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.</p>	\$0

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de transición del hogar de cuidados para personas de la tercera edad</p> <p>Usted tendrá a su disposición los servicios de transición de hogar de cuidados para personas de la tercera edad si usted está en un hogar de cuidados para personas de la tercera edad y quiere volver a mudarse a su comunidad. Los servicios ayudan si usted tiene alguna discapacidad o condición de salud mental. Los siguientes servicios están disponibles si usted va de un hogar de cuidados para personas de la tercera edad a un programa de excepción comunitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de electrodomésticos, que ofrece los electrodomésticos necesarios ▪ Mobiliario para establecer un hogar en la comunidad ▪ Ayuda una sola vez con la renta o los servicios públicos <p>El programa Home Again está destinado a ayudar a las personas que han vivido en un hogar para personas de la tercera edad y desean volver a la comunidad mediante su participación en uno de los tres programas de excepción de Community Long Term Care (CLTC). Si usted vivió en una institución de enfermería durante 90 días por lo menos, usted podría ser elegible para el programa y podrá recibir los siguientes servicios:</p> <p style="text-align: center;"><i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i></p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de transición del hogar de cuidados para personas de la tercera edad (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación de transición ▪ Intervención en crisis ▪ Servicios de empleo ampliados ▪ Dispositivos de asistencia ampliados ▪ Bienes y servicios ampliados ▪ Sensores inalámbricos ▪ Servicios para la vida comunitaria ▪ Enfermero de cuidado guiado ▪ Animales de servicio <p>Si le parece ser elegible para el programa, hable con su coordinador de cuidados.</p>	
<p>Servicios dentales</p> <p>Absolute Total Care pagará los siguientes servicios dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos orales ▪ Procedimientos dentales relativos a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> » Trasplantes de órganos » Oncología » Radiación de la cabeza o el cuello como tratamiento contra el cáncer » Quimioterapia para tratamiento contra el cáncer » Reemplazo total de articulaciones » Reemplazo de válvula cardíaca » Tratamiento de trauma realizado en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio <p>Los servicios dentales preventivos e integrales están cubiertos a través de Healthy Connections Medicaid. Vea la Sección F, página 94 de este capítulo para encontrar más información.</p>	\$0

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para la audición</p> <p>El plan paga pruebas de audición y de equilibrio, realizadas por su proveedor. Estas pruebas mostrarán si necesita tratamiento médico y serán cubiertas como cuidado de paciente externo si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen auditivo de rutina cada año calendario • Un ajuste/medición y evaluación para un audífono cada año calendario • Existe una cobertura máxima del plan de \$1,250 por año calendario para audífonos. <p>Si usted tiene un implante coclear o un dispositivo auditivo insertado quirúrgicamente, el plan paga las piezas de reemplazo.</p>	\$0
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. <p>El plan pagará solamente otros servicios quiroprácticos médicamente necesarios. Para cubrir otros servicios quiroprácticos, usted tendrá que tener un problema de salud significativo, en forma de una condición neuromuscular. No están cubiertos los servicios quiroprácticos para enfermedades no relacionadas directamente con la columna vertebral, como artritis reumatoide, distrofia muscular, esclerosis múltiple (MS), neumonía y enfisema.</p>	\$0

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para tratar enfermedades renales</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios educativos sobre la enfermedad renal, para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los afiliados a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe estar en la etapa IV de enfermedad renal crónica y su doctor deberá darle una referencia. El plan pagará hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal. ▪ Tratamientos de diálisis como paciente externo, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporariamente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, Sección B, página 29 ▪ Tratamientos de diálisis como paciente interno, si usted ingresa como paciente interno a un hospital para recibir cuidado especial. ▪ Capacitación para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo capacitación para usted y para otra persona que le ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis. ▪ Equipo y suministros para hacerse diálisis en el hogar. ▪ Ciertos servicios de respaldo en el hogar, tales como las visitas necesarias por personas capacitadas en diálisis, para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua. <p>Sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B pagarán por algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, lea “Medicamentos de receta de Medicare Parte B” en esta tabla.</p>	<p>\$0</p>
<p>Suministros para la incontinencia</p> <p>El plan pagará suministros para la incontinencia si su doctor cree que usted los necesita. Las cantidades y frecuencias de los suministros son determinadas por el nivel de su incontinencia.</p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Telemedicina</p> <p>El plan cubre algunos servicios médicos o de salud usando audio o video en tiempo real, con un proveedor que no esté en el mismo lugar que usted.</p> <p>Estos servicios están disponibles en algunas áreas rurales, bajo ciertas condiciones y solamente si usted está en alguno de los lugares siguientes: un consultorio médico, hospital, clínica de salud rural, centro de salud con certificación federal, institución de diálisis con base en un hospital, institución de enfermería especializada o centro de salud mental comunitario.</p> <p>Los servicios siguientes están cubiertos usando un sistema de telecomunicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultas ▪ Visitas al consultorio ▪ Psicoterapia individual ▪ Administración de medicamentos de receta ▪ Exámenes diagnósticos y pruebas psiquiátricas <p>Los servicios, como conversaciones telefónicas, mensajes electrónicos y llamadas de video por teléfono celular no están cubiertos.</p> <p>La telepsiquiatría sólo se proporciona de manera limitada, mediante el Departamento de salud mental, en asociación con más de 20 salas de emergencias hospitalarias del estado</p>	<p>\$0</p> <p>Una remisión es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p>
<p>Terapia de infusión</p> <p>El plan cubre bombas de infusión (y algunos medicamentos usados con las bombas de infusión) recetadas por un médico, para su uso en el hogar.</p> <p>Si usted no quiere recibir terapia de infusión en el consultorio del médico u hospital, usted puede usar un centro de infusiones. Lea en el <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> una lista de centros de infusión. Usted puede obtener los servicios siguientes en un centro de infusión:</p> <p style="text-align: center;"><i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i></p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) es necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quimioterapia ▪ Hidratación ▪ Inmunoglobulina intravenosa (IVIG) ▪ Sangre y derivados de sangre ▪ Antibióticos ▪ Punciones intervertebrales o lumbares ▪ Inhalación ▪ Flebotomía terapéutica <p>Habrá un médico presente en el centro de infusiones, en caso de que haya alguna emergencia médica.</p>	
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o con enfermedad renal pero que no reciben diálisis. También es para aquellos que han recibido un trasplante de riñón cuando ha sido ordenado por su médico.</p> <p>El plan pagará tres horas de servicios de consejería, en persona durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage o Medicare). Después de eso, nosotros cubriremos dos horas de servicios de consejería, en persona, por año. Si su problema, tratamiento o diagnóstico cambian, usted podrá recibir más horas de tratamiento, si obtiene la orden de un doctor. Un doctor deberá prescribir estos servicios y renovar la orden una vez por año, si su tratamiento es necesario durante el próximo año calendario.</p>	\$0

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Vacunas (inmunizaciones)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vacuna contra la neumonía ▪ Vacunas contra la influenza (gripa) una vez al año en el otoño o el invierno ▪ Vacunas contra la hepatitis B, si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B ▪ Otras vacunas, si usted está en riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B <p>El plan pagará otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Healthy Connections Medicaid o Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6, Sección D, página 121 para obtener más información.</p>	\$0
<p> Visita anual para el cuidado de su salud</p> <p>Si usted ha estado inscrito en Medicare Parte B por más de 12 meses, usted podrá recibir un examen anual. Este examen tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo basado en sus factores de riesgo actuales. El plan pagará esta visita una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Usted no podrá recibir su primer examen anual dentro de un periodo de 12 meses desde la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. A usted le pagarán sus exámenes anuales después de haber estado en la Parte B por 12 meses. No será necesario que tenga primero su visita de “Bienvenida a Medicare”.</p>	\$0

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



Servicios generales pagados por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan pagará una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” una sola vez. La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un examen de su salud, ▪ educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones), y ▪ remisiones para otro tipo de cuidado, si lo necesita. <p>Importante: Cubriremos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” sólo durante los primeros 12 meses en que tenga Medicare Parte B. Cuando haga su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	\$0

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

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

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

Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si la enfermedad o diagnóstico del afiliado hace que los LTSS sean médicamente necesarios.

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



Servicios de excepción operados por Community and Long Term Care (CLTC) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de excepción Community Choices</p> <p>El plan proporciona servicios adicionales para los afiliados del programa de excepción Community Choices. Estos servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guardería para adultos y enfermería ▪ Transporte al cuidado de guardería para adultos ▪ Administración de casos y coordinación de estos servicios de excepción ▪ Servicios de un acompañante ▪ Alimentos entregados en el hogar ▪ Adaptaciones menores del hogar (por ejemplo, rampa, control de plagas, equipos para seguridad en el baño) ▪ Cuidados de asistente personal ▪ Sistema personal de respuesta a emergencias ▪ Algunos complementos nutritivos ▪ Alivio temporero para la persona que le cuida (institucional) <p>Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si la enfermedad o diagnóstico del afiliado hace que los LTSS sean médicamente necesarios.</p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) podría ser necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



Servicios de excepción operados por Community and Long Term Care (CLTC) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de excepción por VIH/SIDA</p> <p>El plan proporciona servicios adicionales para los afiliados del programa de excepción por VIH/SIDA. Estos servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos de receta adicionales ▪ Administración de casos y coordinación de estos servicios de excepción ▪ Servicios de un acompañante ▪ Alimentos entregados en el hogar ▪ Adaptaciones menores del hogar (por ejemplo, rampa, control de plagas, equipos para seguridad en el baño) ▪ Cuidados de asistente personal ▪ Enfermera de servicio privado ▪ Algunos complementos nutritivos <p>Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si la enfermedad o diagnóstico del afiliado hace que los LTSS sean médicamente necesarios.</p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) podría ser necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



Servicios de excepción operados por Community and Long Term Care (CLTC) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de excepción para personas dependientes de un respirador mecánico</p> <p>El plan proporciona servicios adicionales para los afiliados del programa de excepción para personas dependientes de un respirador mecánico. Estos servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administración de casos y coordinación de estos servicios de excepción ▪ Alimentos entregados en el hogar ▪ Adaptaciones menores del hogar (por ejemplo, rampa, control de plagas, equipos para seguridad en el baño) ▪ Cuidados de asistente personal ▪ Sistema personal de respuesta a emergencias ▪ Medicamentos de receta ▪ Enfermera de servicio privado ▪ Algunos complementos nutritivos ▪ Equipo y suministros médicos especializados ▪ Relevo temporero para su cuidador (en una institución o en su hogar) <p>Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si la enfermedad o diagnóstico del afiliado hace que los LTSS sean médicamente necesarios.</p>	<p>Autorización previa (aprobación por adelantado) podría ser necesaria. Llame al plan para obtener detalles.</p> <p>\$0</p>

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



F. Beneficios cubiertos fuera de Absolute Total Care

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

Cuidado de hospicio

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

Lea en la tabla de beneficios de la Sección D, página 49 de este capítulo más información sobre lo que Absolute Total Care paga mientras usted esté recibiendo servicios de cuidado en un hospicio.

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

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

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

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

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

- Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Por favor lea más información en el Capítulo 5, Sección F, página 113.

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

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

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



Servicios dentales

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

Transporte de médico fuera de emergencias

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

Si quiere más información, por favor comuníquese con su [coordinador de cuidados/administrador de cuidados (preferencia del plan)] o lea el folleto para el afiliado que se encuentra en el sitio web de LogistiCare, el agente de transportes: <https://memberinfo.logisticare.com/smember/Downloads.aspx>. Si tiene más preguntas, por favor comuníquese con LogistiCare usando la información para su región del folleto para el afiliado.

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

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

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

El plan no pagará los beneficios médicos anotados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del afiliado*) excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Si usted cree que debemos pagarle por un servicio que no esté cubierto, puede apelar. Si quiere información sobre cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 160.

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

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



- Acupuntura.
- Cuidado quiropráctico, distinto a la manipulación manual de la columna conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare.
- Cirugía cosmética u otros tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, el plan pagará por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por tratar el otro seno para darle la misma forma.
- Dentaduras postizas. Sin embargo, puede estar cubierto el cuidado dental necesario para tratar enfermedades o lesiones como cuidado como paciente interno o externo.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Lea el Capítulo 3, Sección J, página 42 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son los que, en general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Lentes, exámenes de los ojos regulares queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otras ayudas para vista reducida. Sin embargo, el plan pagará lentes después de una cirugía de cataratas.
- Cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Suministros anticonceptivos de venta libre (no recetados).
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un arnés y estén incluidos en el costo del arnés o los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético. Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o en un lugar para personas de la tercera edad, como un teléfono o una televisión.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Cuidados para el pie de rutina, excepto la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las normas de Medicare.
- Los servicios considerados como “no razonables y necesarios” según los estándares de Medicare y Healthy Connections Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.

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



- Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios de emergencia en un hospital de Asuntos de veteranos (VA) y el costo del VA sea mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Los afiliados seguirán siendo responsables de las cantidades de costos compartidos.
- Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello.



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

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

Contenido

Introducción	100
Reglas para la cobertura de medicamentos de pacientes externos	100
A. Cómo hacer que le surtan sus recetas.....	101
Surta su receta en una farmacia de la red	101
Muestre su Tarjeta de identificación de afiliado del plan cuando surta una receta.....	101
¿Y si se quiere cambiar a otra farmacia de la red?.....	101
¿Y si la farmacia que usted usa se retira de la red?	102
¿Y si necesita una farmacia especializada?	102
¿Puede usar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos?	102
¿Puede obtener un suministro a largo plazo de sus medicamentos?.....	104
¿Es posible usar una farmacia que no esté en la red del plan?	104
Si usted pagó por un medicamento, ¿el plan le devolverá lo que pagó?.....	104
B. Lista de medicamentos del plan.....	105
¿Qué incluye la Lista de medicamentos?	105
¿Cómo puedo saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos?.....	105
¿Qué <i>no</i> está en la Lista de medicamentos?	105
¿Qué son los niveles?.....	106
C. Límites de cobertura de algunos medicamentos.....	107
¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?	107
¿Qué clases de reglas hay?.....	107
¿Alguna de estas reglas es aplicable a sus medicamentos?.....	108

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



D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto.....	108
Usted puede obtener un suministro temporero	109
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	111
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	113
Si usted está en un hospital o una institución de cuidados para personas de la tercera edad durante un tiempo cubierto por el plan.....	113
Si usted está en una institución de cuidado a largo plazo	113
Si usted entra a un sitio para el cuidado de la salud a largo plazo durante sus primeros 180 días como afiliado del plan.....	113
Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare.....	114
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos.....	114
Programas para ayudar a los afiliados a usar medicamentos con cuidado	114
Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos	115

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 99



Introducción

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

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

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que le den mientras esté en un hospital u hogar de cuidados para personas de edad avanzada.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que usted obtiene durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que usted recibe en una clínica de diálisis. Para saber más sobre qué medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B, lea la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 49.

Reglas para la cobertura de medicamentos de pacientes externos

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

1. Un médico u otro proveedor debe recetarlos. Muchas veces esta persona es su proveedor de cuidados primarios (PCP). También puede ser otro proveedor, si su PCP lo envió a ese proveedor para recibir cuidados.
2. Generalmente, para surtir su receta, usted deberá usar una farmacia de la red.
3. Su medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, nosotros la llamamos “Lista de medicamentos”.
 - Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirla si le damos una excepción. Lea la Sección D, página 108 para saber cómo pedir una excepción.
4. Su medicamento debe ser usado para una *indicación aceptada médicamente*. Esto quiere decir que su uso está aprobado por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA) o está respaldado por ciertos libros de referencia.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 100



A. Cómo hacer que le surtan sus recetas

Surta su receta en una farmacia de la red

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

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

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

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

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

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

- ➔ Para saber cómo pedirnos que le devolvamos lo que usted pagó, lea el Capítulo 7, Sección B, página 127.
- ➔ Si necesita ayuda para que le surtan un medicamento de receta, puede comunicarse con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidados.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 101



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

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

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

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 102



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

¿Cómo surto mis recetas por correo?

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página. También tiene los formularios a su disposición en nuestro sitio web.

Generalmente, una receta por correo le llegará a más tardar en 16 días. Si hay un atraso en la entrega de su pedido, llame a Servicios para Afiliados.

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

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

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

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

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

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

3. Resurtidos de recetas por pedido por correo

Para resurtir, por favor comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agoten los medicamentos que tiene a mano, para asegurarse que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo, por favor asegúrese de avisar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Usted puede proporcionar esta información llamando a Servicios para Afiliados.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 103



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

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

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

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

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

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

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

- Viaja fuera del área de servicio del plan y necesita un medicamento con receta que no puede obtener en una farmacia de la red cerca de usted.
- Necesita un medicamento urgentemente y no hay una farmacia de la red en horas de atención cerca de usted.
- Debe dejar su casa debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.
- Por lo general, cubriremos una recarga única, un suministro de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en estas situaciones.

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

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

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

➔ Para saber más sobre esto, lea el Capítulo 7, Sección A, página 125.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 104



B. Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una Lista de medicamentos.

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

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

¿Qué incluye la Lista de medicamentos?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 105



Absolute Total Care *no* pagará por los medicamentos incluidos en esta sección. Estos son llamados *medicamentos excluidos*. Si le dan una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si cree que, en su caso, deberíamos pagar por un medicamento excluido, usted puede apelar. (Para saber cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 160.)

Hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

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

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

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

¿Qué son los niveles?

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan están en uno de 3 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos del mismo tipo como regla general (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre).

- Nivel 1 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos. Este es el nivel más bajo.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 106



- Nivel 2 (Medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca.
- Nivel 3 (Medicamentos recetados / medicamentos de venta libre que no son parte de Medicare) incluye medicamentos tanto genéricos como de marca. Este es el nivel más alto.

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

- ➔ El Capítulo 6, Sección C, página 119 dice la cantidad que usted deberá pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites de cobertura de algunos medicamentos

¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?

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

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

- ➔ Para saber más sobre cómo pedir excepciones, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 180.

¿Qué clases de reglas hay?

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

En general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. Casi siempre, si hay versión genérica de algún medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica. Generalmente, no pagaremos por el medicamento de marca si hay una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor o nos dio las razones médicas por las cuales ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos, que tratan la misma enfermedad, funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 107



2. Cómo obtener una aprobación del plan por anticipado

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

3. Probar primero un medicamento diferente (tratamiento progresivo)

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

4. Límites a la cantidad

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

¿Alguna de estas reglas es aplicable a sus medicamentos?

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, revise la Lista de medicamentos. Para obtener la información más reciente, llame a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página o vaya a nuestro sitio web anotado al pie de la página.

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

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

- **El medicamento que usted quiere tomar no está cubierto por el plan.** Tal vez el medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos. Podría estar cubierta una versión genérica, pero no la versión de marca que usted quiere. Un medicamento podría ser nuevo y tal vez no lo hayamos examinado para saber si es seguro y eficaz.
- **El medicamento está cubierto, pero hay reglas o límites adicionales a la cobertura de ese medicamento.** Como se explicó en la sección anterior (Sección C, página 107) algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 108



limitan su uso. En ocasiones, usted podría preferir que en su caso, no hagamos caso a la regla.

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

Usted puede obtener un suministro temporero

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

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

1. El medicamento que usted ha estado tomando:

- ya no está incluido en la Lista de medicamentos del plan, **o**
- nunca estuvo incluido en la Lista de medicamentos del plan, **o**
- ahora tiene algún límite.

2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- **Usted estaba en el plan el año pasado y no vive en una institución de cuidado a largo plazo.**

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

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

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

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

Cubriremos un suministro temporero de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**. El total del suministro será de hasta 98 días, dependiendo

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 109



del incremento de despacho. Si su receta es para menos días, permitiremos varios surtidos, para proporcionarle hasta un máximo de 98 días de medicamento. (Por favor tome en cuenta que la farmacia a largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).

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

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

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

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

- Durante el año del plan, es posible que usted tenga un cambio en el ambiente de su tratamiento (un lugar en el cual recibe y toma su medicamento), debido al nivel de cuidado que usted requiera. Tales transiciones pueden incluir, y no se limitan a:
- Afiliados que son dados de alta de un hospital o institución de enfermería especializada a un ambiente de hogar
 - Afiliados que son admitidos a una institución de enfermería especializada desde un ambiente de hogar
 - Afiliados que se transfieren de una institución de enfermería especializada a otra y que son servidos por una farmacia diferente
 - Afiliados que terminan su estadía de Medicare parte A en una institución de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cobros de farmacia) y que ahora necesitan usar si beneficio Parte D del plan
 - Afiliados que dejan su estatus de hospicio
 - Afiliados dado de alta de hospitales de psiquiatría crónica con regímenes de medicamentos altamente individualizados

Para dichos cambios en ambientes de tratamiento, Absolute Total Care cubrirá tanto como un suministro temporario de 31 días de un medicamento cubierto de la Parte D si surte su

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 110



receta en una farmacia de la red. Si cambia de ambiente de tratamientos muchas veces dentro de un mismo mes, es posible que su farmacia necesite comunicarse con el plan para poder continuar la cobertura. Si no solicita la continuación de la cobertura del plan, usted no califica para un surtido de transición a un nivel diferente de cuidado a menos que sea una emergencia que pone su vida en peligro.

Cómo pedir un suministro temporero

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

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

- **Usted puede cambiar de medicamento.**

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

O

- **Usted puede pedir una excepción.**

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

➔ Para saber más sobre cómo pedir una excepción, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 180.

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

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

- Agregar medicamentos porque hay nuevos medicamentos disponibles, incluyendo medicamentos genéricos, o el gobierno aprobó un nuevo uso para un medicamento existente.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 111



- Eliminar medicamentos porque fueron retirados del mercado o porque hay medicamentos más baratos que funcionan igual.
- Agregar o eliminar un límite a la cobertura de un medicamento.
- Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.

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

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

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

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

- Si un medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico nuevo, el plan debe avisarle del cambio, por lo menos 60 días antes.
 - » El plan le puede surtir de nuevo su medicamento de marca por 60 días en una farmacia de la red.
 - » Usted deberá trabajar con su proveedor durante esos 60 días para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente cubierto por el plan.
 - » Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que le siga cubriendo el medicamento de marca. Para saber cómo, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 180.
 - Si un medicamento es retirado del mercado porque no es seguro o por algún otro motivo, el plan lo sacará de la Lista de medicamentos. Nosotros le avisaremos inmediatamente sobre este cambio.
 - » Su proveedor también sabrá sobre este cambio y trabajará con usted para encontrar otro medicamento para su enfermedad.
- ➔ Si hay algún cambio de cobertura para un medicamento que usted esté tomando, **el plan le enviará un aviso**. Normalmente, el plan le informará, por lo menos, 60 días antes del cambio.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 112



F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si le internan en un hospital o una institución de enfermería especializada durante un tiempo cubierto por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos de receta durante su estadía. Usted no tendrá que hacer ningún copago. Cuando salga del hospital o de la institución de enfermería especializada, el plan seguirá cubriendo sus medicamentos, siempre y cuando, los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

Si usted está en una institución de cuidado a largo plazo

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

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

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

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

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

➔ Para informarse más sobre cómo pedir excepciones, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 180.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 113



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

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

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

➔ Para informarse más sobre cómo pedir excepciones, lea el Capítulo 9, Sección 6.2, página 180.

Si usted está en un programa de hospicio certificado por Medicare

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

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

➔ Para saber más sobre el beneficio de hospicio, lea el Capítulo 4, Sección D, página 49.

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

Programas para ayudar a los afiliados a usar medicamentos con cuidado

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

- Errores en los medicamentos
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted esté tomando otro medicamento que funciona igual

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 114



- Medicamentos que podrían no ser seguros para su edad o sexo
- Medicamentos que podrían hacerle daño, si los toma al mismo tiempo
- Medicamentos con ingredientes a los que usted es alérgico

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

Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

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

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 115



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

Contenido

Introducción	117
A. La explicación de los beneficios (EOB).....	118
B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos.....	118
1. Use su Tarjeta de identificación de afiliado del plan.	118
2. Asegúrese que tengamos la información que necesitamos.....	118
3. Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.....	119
4. Revise los informes que le enviamos.....	119
C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos que recibe por un mes o a largo plazo.....	119
Niveles de costo compartido del plan.....	119
Sus opciones de farmacias	120
Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	120
¿Cuánto paga usted?.....	120
Su parte del costo de un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento de receta cubierto de:	120
D. Vacunas	121
Antes de obtener una vacuna	122
Cuánto paga usted por una vacuna de Medicare Parte D	122

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 116



Introducción

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

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

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

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

- **La Lista de medicamentos cubiertos del plan.** La llamamos la “Lista de medicamentos”. La que le dice:
 - » Los medicamentos que paga el plan
 - » En cuál de los tres niveles está cada medicamento
 - » Si hay algún límite en los medicamentos

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

- **El Capítulo 5 de este Manual del afiliado.** El Capítulo 5, Introducción, página 100 le dice cómo obtener sus medicamentos de receta como paciente externo a través del plan. Contiene las reglas que usted debe seguir. También le dice qué tipos de medicamentos de receta *no* están cubiertos por nuestro plan.
- **Directorio de proveedores y farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, usted deberá usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptaron trabajar con nuestro plan. El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de las farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A, página 101.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 117



A. La explicación de los beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos de receta. Llevamos el registro de sus costos totales de medicamentos: Ésta es la cantidad de dinero que el plan paga (u otros que pagan en su nombre) por sus medicamentos de receta.

- Sus costos de bolsillo. Ésta es la cantidad de dinero que usted o un tercero que pague en su nombre, pagan por sus medicamentos de receta.
- Sus costos totales de medicamentos. Ésta es la cantidad de dinero que usted, o un tercero paga en su nombre, por sus medicamentos de receta, más la cantidad que paga el plan.

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

- **Información del mes.** El informe dice qué medicamentos de receta recibió usted. Éste muestra el total de los costos por medicamento, cuánto ha pagado el plan y cuánto ha pagado usted y los terceros que pagan por usted.
 - **Información “de lo que va del año”.** Éste es el costo total de sus medicamentos y el total de los pagos desde el 1º de enero.
- ➔ Ofrecemos cobertura de los medicamentos que no cubre Medicare. Los pagos por estos medicamentos no cuentan para el total de sus costos de bolsillo. Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, lea la Lista de medicamentos.

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

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

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

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

2. Asegúrese que tengamos la información que necesitamos.

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 118



- Cuando usted compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red, a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte de los beneficios de nuestro plan
 - Cuando haga un copago por medicamentos que usted obtenga con un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
 - Cuando usted compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
 - Cuando usted pague el costo completo por un medicamento cubierto
- ➔ Para saber cómo pedirnos que le paguemos por medicamento, lea el Capítulo 7, Sección B, página 127.

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

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

4. Revise los informes que le enviamos.

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

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

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

Niveles de costo compartido del plan

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

- Nivel 1 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 119



- Nivel 2 (Medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca.
- Nivel 3 (Medicamentos recetados y de venta libre que no sean parte de Medicare) incluye medicamentos tanto genéricos como de marca.

Sus opciones de farmacias

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

- una farmacia de la red, **o**
 - una farmacia fuera de la red.
- ➔ En casos limitados, cubrimos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red. Lea el Capítulo 5, Sección A, página 101 para averiguar cuándo lo haremos.
- ➔ Para saber más sobre estas opciones de farmacias, lea el Capítulo 5 de este manual, Sección A, página 101 y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

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

- ➔ Lea los detalles de cómo obtener un suministro a largo plazo en el Capítulo 5, Sección A, página 101 o en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

¿Cuánto paga usted?

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 120



	Una farmacia de la red Un suministro por un mes o hasta por 90 días	El servicio de pedidos por correo del plan Un suministro por un mes o hasta por 90 días	Una farmacia de cuidados a largo plazo de la red Un suministro hasta por 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro hasta por 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Lea los detalles en el Capítulo 5, Sección A, página 101.
Nivel 1 (Medicamentos genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Medicamentos de marca)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 (Medicamentos recetados y de venta libre que no son de Medicare)	\$0	\$0	\$0	\$0

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

D. Vacunas

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 121



Antes de obtener una vacuna

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

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

Cuánto paga usted por una vacuna de Medicare Parte D

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

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para saber más sobre estas vacunas, lea la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 49.
- Otras vacunas son consideradas como medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar la lista de estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan.

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 122



- Usted no pagará nada por la vacuna.
- Nuestro plan pagará el costo de ponerle la vacuna.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 123



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

Contenido

A. Cuándo nos puede pedir que paguemos por sus servicios o medicamentos	125
B. Cómo y a dónde debe enviarnos su pedido de pago.....	127
C. Decidiremos sobre su cobertura	128
D. Usted puede apelar.....	128

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 124



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

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

Si recibe una factura por el costo total de servicios o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, lea la Sección B de este capítulo, página 127.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó más de su parte del costo, usted tiene derecho a que le devuelvan lo que haya pagado.
 - » Si usted pagó por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos lo que pagó.
 - » Si usted pagó por servicios cubiertos por Healthy Connections Medicaid, no podemos devolverle lo que pagó, pero el proveedor lo hará. Servicios para Afiliados o el Defensor principal de Healthy Connections pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Vea sus números de teléfono al pie de la página y en el Capítulo 2, Sección H, página 26.
 - Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, le avisaremos.
- ➔ Comuníquese con Servicios para Afiliados o con su coordinador de cuidados si tiene preguntas. Si no sabe qué debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea darnos información relacionada con un pedido de pago que ya nos envió.

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

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

Usted debe pedir al proveedor que le cobre al plan.

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 125



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

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

Los proveedores de la red siempre deben enviar las facturas al plan. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado de Absolute Total Care cuando obtenga servicios o recetas. La facturación incorrecta/inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de costo compartido del plan por sus servicios. Llame a Servicios para afiliados si recibe facturas que no entiende.

- Como afiliado de Absolute Total Care, solo debe pagar los montos de costos compartidos del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le facturen más que ese monto. Esto es cierto aunque le paguemos al proveedor menos de lo que el proveedor haya cobrado por un servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, usted tampoco tiene que pagarlos.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare que usted crea que es más de lo que usted debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, pero usted cree que pagó demasiado, envíenos la factura y prueba de todos los pagos que haya hecho. Le devolveremos lo que haya pagado. Le reembolsaremos por la diferencia entre la cantidad que usted haya pagado y la cantidad que debía pagar de acuerdo con el plan.

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

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

- ➔ Sólo en algunos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que usted pagó. En el Capítulo 5, Sección A, página 101 podrá informarse más sobre las farmacias fuera de la red.

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 126



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

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

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

- Tal vez el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que usted tenga que pagar el costo total.
 - » Si no le pagan por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, usted puede pedir una decisión de cobertura (lea el Capítulo 9, Secciones 5.2 (página 165) y 6.4 (página 182)).
 - » Si usted y su médico u otro proveedor creen que usted necesita de inmediato el medicamento, puede pedir una decisión de cobertura rápida (lea el Capítulo 9, Secciones 5.2 (página 165) y 6.4 (página 182)).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos lo que pagó. En algunos casos, podríamos necesitar más información de su médico u otro proveedor para poder devolverle lo que pagó por el medicamento.

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

- Para saber cómo apelar, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 160.

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 127



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

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

C. Decidiremos sobre su cobertura

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

- Si necesitamos que nos dé más información, le avisaremos.
- Si decidimos que el servicio o medicamento está cubierto y que usted siguió las reglas para obtenerlo, le pagaremos nuestra parte del costo por él. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado por el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.
- ➔ En el Capítulo 3, Sección B, página 29 se explican las reglas para pedir el cubrimiento de sus servicios. En el Capítulo 5, Introducción, página 100 se explican las reglas para los medicamentos que debe cubrir el programa de Medicamentos de Medicare Parte D.
- Si decidimos no pagar por nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta explicándole el motivo. En la carta también se le explicará su derecho a presentar una apelación.
- ➔ Para saber más sobre las decisiones de cobertura, lea el Capítulo 9, Secciones 5.2 (página 165) y 6.4 (página 182).

D. Usted puede apelar

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

- ➔ El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para saber más sobre las apelaciones, lea el Capítulo 9, Sección 4, página 160.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 128



- Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un servicio de cuidado de salud, vaya a Capítulo 9, Sección 5.3, página 167.
- Si desea apelar para que le devolvamos lo que pagó por un medicamento, vaya a Capítulo 9, Sección 5.3, página 167 o Capítulo 9, Sección 6.5, página 186.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 129

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Contenido

Introducción	132
A. Usted tiene derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades	132
B. Debemos tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento.....	133
C. Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	134
D. Debemos proteger su privacidad y su información médica.....	135
Cómo protegemos la información sobre su salud	135
Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos.....	136
E. Debemos darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted.....	144
F. Los proveedores de la red no pueden cobrarle directamente.....	145
G. Usted tiene derecho a retirarse del plan en cualquier momento.....	145
H. Usted tiene derecho a decidir sobre su cuidado de salud.....	146
Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud.....	146
Usted tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud	147
Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	148
I. Usted tiene derecho a opinar sobre las operaciones del plan	148
J. Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos.....	148
Qué hacer si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos	148

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 130



Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	149
K. Usted también tiene responsabilidades como afiliado del plan.....	149

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 131



Introducción

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 132



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

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

- ➔ To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- ➔ Our plan can also give you materials for free in Spanish and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in Spanish, or to get materials in another language or format, please call Member Services at the number at the bottom of the page. You may also write to Absolute Total Care, 1441 Main Street, Suite 900, Columbia, SC 29201. You may also ask that we send you future materials in this same language or format.
- ➔ If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, seven days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- ➔ You can also call Healthy Connections Medicaid directly for help with problems. Here is how to get help from Healthy Connections Medicaid:
 1. Call the Healthy Connections Prime Advocate at 1-844-477-4632. They can help you understand the complaint process and tell you who can help. TTY users should call 711.

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

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

- Apelaciones
- Capacidad mental
- Conducta
- Discapacidad mental o física
- Edad
- Estado de salud
- Etnicidad
- Evidencia de asegurabilidad
- Experiencia con reclamos
- Historial médico

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 133



- Identidad sexual
- Información genética
- Orientación sexual
- Origen nacional
- Raza
- Recibo de atención de salud
- Religión
- Sexo
- Ubicación geográfica dentro del área de servicio
- Uso de servicios

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

No podemos negarle servicios ni castigarle por ejercer sus derechos.

- Para obtener más información o si cree que usted podría tener una queja por discriminación o por haber recibido un tratamiento injusto, llame a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 (TTY para personas con problemas para oír o hablar: 1-800-537-7697). También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.
- También puede llamar a su Oficina local de derechos civiles. Usted puede llamar a *The South Carolina Human Affairs Commission* al 1-800-521-0725. La llamada es gratuita.
- Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir cuidados o comunicarse con un proveedor, llame a Servicios para Afiliados. Si usted tiene alguna queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Afiliados puede ayudarle.

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

Como afiliado de nuestro plan:

- Usted tiene derecho a elegir a su proveedor de cuidados primarios (PCP) en la red del plan. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud.
 - Llame a Servicios para Afiliados o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber cuáles médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a una red de cuidados personales y proveedores especialistas, capaces de satisfacer sus necesidades, como ubicación física, comunicaciones y programación.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 134



- Usted tiene derecho a ir a ver un ginecólogo u otro especialista en salud femenina sin tener que obtener una pre-autorización. Una *pre-autorización* es una aprobación de su proveedor de cuidados primarios.
- Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas.
 - Si usted no puede obtener servicios dentro de un término de tiempo razonable, tendremos que pagar por su cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidados de urgencia sin una autorización previa.
- Usted tiene derecho a que sus recetas sean surtidas sin demoras largas en cualquiera de las farmacias de nuestra red.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Para saber sobre Proveedores fuera de la red, lea el Capítulo 3, Sección D, página 32.

El Capítulo 9, Sección 10, página 208 dice qué puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un tiempo razonable. Capítulo 9, Sección 4, página 160 también le informa qué puede hacer si le negamos cobertura para sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

D. Debemos proteger su privacidad y su información médica

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

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

Cómo protegemos la información sobre su salud

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización, lea ni cambie sus expedientes.
- En casi ninguna situación le daremos información sobre su salud a alguien que no esté proporcionándole cuidado o pagando por su cuidado. Si lo hacemos, *estamos obligados*

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 135



a obtener primero su permiso por escrito. El permiso por escrito puede darlo usted u otra persona que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

- Hay algunos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Debemos revelar la información médica a instituciones gubernamentales que estén verificando nuestra calidad de cuidado.
 - Debemos darle a Medicare o a Healthy Connections Medicaid la información sobre su salud y medicamentos. Si Medicare o Healthy Connections Medicaid revela su información con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes del estado y federales.

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 136



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

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

Obligaciones de entidades cubiertas:

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

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

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

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

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

Los usos y revelación de información de su PHI:

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 137



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

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

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

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

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

- evaluación de calidad y actividades de mejoramiento
- revisión de competencia o calificaciones de profesionales de atención médica
- administración de casos y coordinación de cuidado
- detección o prevención de fraude y abuso en la atención médica

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

Como lo exija la ley. Si la ley federal, estatal y/o local demanda el uso o revelación de su PHI, podemos utilizar o revelar su información PHI. Haremos esto cuando el uso o la

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 138



revelación cumpla con la ley. El uso o revelación está limitado a las exigencias de la ley. Podría haber otras leyes o regulaciones que representan conflicto. Si esto sucede, cumpliremos con la ley o regulación más restrictiva.

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

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

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

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

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

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

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

Forense, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos revelar su PHI a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 139



una causa de muerte. Podemos también revelar su PHI a directores funerarios, como sea necesario, para llevar a cabo sus obligaciones.

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

- órganos cadavéricos
- ojos
- tejidos

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

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 140



Acuerdo verbal para usos y revelaciones de su PHI

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

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

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

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 141



Sus derechos

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

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

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

Derecho al acceso y recepción de copias de su PHI. Usted tiene derecho, con limitadas excepciones, a ver o recibir copias de su PHI contenido en un conjunto de archivos designado. Puede solicitarnos que le entreguemos copias en un formato que no sea fotocopias. Utilizaremos el formato que nos solicita a menos que no nos sea práctico. Debe solicitar el acceso a su PHI por escrito. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Le informaremos si las razones de denegación pueden ser revisadas. Le indicaremos además cómo solicitar una revisión o si la denegación no puede ser revisada.

Derecho a cambiar su PHI. Usted tiene derecho a solicitar que cambiemos su PHI si cree que contiene información equivocada. Debe solicitarlo por escrito. Debe explicar por qué la información debería ser cambiada. Podemos denegar su solicitud debido a ciertas razones. Por ejemplo, si no creamos la información que usted desea cambiar y el creador del PHI puede realizar el cambio. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede contestar con una afirmación indicando que no está de acuerdo con nuestra decisión. Adjuntaremos su afirmación al PHI que nos pide que cambiemos. Si aceptamos su solicitud para cambiar la información, llevaremos a cabo esfuerzos razonables

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 142



para dar aviso a otros sobre el cambio. Esto incluye personas a quien usted nombre. Haremos además el esfuerzo de incluir los cambios en cualquier futura revelación de aquella información.

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

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

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

Derecho a recibir una copia de este Aviso. Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento llamando a Servicios para Afiliados. Utilice la información de contacto que aparece al final de este aviso. Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo, puede solicitar una copia de este aviso por escrito.

Información de contacto

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

Absolute Total Care
Attn: Privacy Official
1441 Main Street
Suite 900
Columbia, SC 29201

También puede llamar a Absolute Total Care al número que aparece al pie de la página.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 143



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

Como afiliado de Absolute Total Care, usted tiene derecho a pedirnos información. Si no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de intérpretes para responder a cualquier pregunta que usted pudiera tener sobre nuestro plan de salud. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número anotado al pie de la página. Este servicio es gratuito. También tenemos materiales impresos disponibles en español. También le podemos dar información sin costo en letras grandes, braille o audio.

Si desea saber sobre cualquiera de lo siguiente, llame a Servicios para Afiliados:

- **Información sobre cómo elegir o cambiar de planes**
- **Información sobre nuestro plan, incluyendo:**
 - Información financiera
 - Cómo ha sido calificado el plan por los afiliados del plan
 - Cuántas apelaciones han hecho los afiliados
 - Cómo retirarse del plan
- **Información sobre nuestros proveedores de la red y las farmacias de nuestra red, incluyendo:**
 - Cómo elegir o cambiar sus proveedores de cuidados primarios
 - Cuáles son las certificaciones de nuestros proveedores y farmacias de nuestra red
 - Cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red
 - ➔ Para ver una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, lea el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, llame a Servicios para Afiliados o vaya a nuestro sitio web anotado al pie de la página.
- **Información sobre servicios y medicamentos cubiertos y sobre las reglas que usted debe seguir, incluyendo:**
 - Los servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - Los límites de su cobertura y de sus medicamentos
 - Las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 144



- **Información sobre por qué un medicamento o servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto, incluyendo:**
 - Pedirnos que expliquemos por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto
 - Pedirnos que cambiemos una decisión que hayamos tomado
 - Pedirnos que pagemos una factura que usted recibió

Como afiliado de Absolute Total Care, usted tiene derecho a recibir información oportuna sobre cualquier cambio al plan. Esto incluye recibir una vez al año información impresa anotada en sus materiales de información y avisos de cualquier cambio importante a sus materiales de orientación, 30 días antes de que sucedan esos cambios.

F. Los proveedores de la red no pueden cobrarle directamente

Usted tiene derechos financieros. Los médicos, hospitales y otros proveedores no pueden hacer que usted pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si les pagamos menos de lo que nos cobraron. Para saber qué hacer si un proveedor trata de cobrarle por servicios cubiertos, lea el Capítulo 7, Sección B, página 127.

Usted tiene derecho de protección por tener que pagar cualquier cuota por la que Absolute Total Care sea responsable.

Usted tiene derecho a que no le cobren ningún costo compartido (copagos y deducibles) por los servicios de Medicare Parte A y B.

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

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea. Usted puede retirarse del plan en cualquier momento. Si se retira de nuestro plan, usted continuará participando en los programas de Medicare y Healthy Connections Medicaid siempre y cuando sea elegible. Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus beneficios de Medicare a través de: Medicare original o un plan de Medicare Advantage. Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de Medicare Parte D de un plan de medicamentos de receta o de un plan de Medicare Advantage. Si usted deja el plan, usted recibirá sus beneficios de Healthy Connections Medicaid de la manera en que lo hacía antes de unirse. Estos se ofrecerán a través de Healthy Connections Medicaid con cuota por servicio.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 145



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

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud cuando reciba servicios. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

- **Conozca su estado de salud.** Usted tiene derecho a recibir información completa y exacta sobre su estado de salud.
- **Conozca sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento.
- **Conozca los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen sobre los riesgos que tienen sus servicios o tratamientos. Se le debe avisar por anticipado si cualquiera de sus servicios o tratamientos son parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Pida una segunda opinión.** Usted tiene derecho a ver a otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
- **Puede decir que “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra institución médica, incluso si su doctor le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo quitarán del plan. No obstante, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le ocurra.
- **Puede pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó el cuidado.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le negó un cuidado que usted cree que debería recibir.
- **Puede pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que normalmente no está cubierto.** Esto se llama "decisión de cobertura". El Capítulo 9, Sección 5.2 (página 165) y 6.4 (página 182) dice cómo pedir una decisión de cobertura del plan.
- **Se le debe alentar a involucrar a las personas que le cuidan y afiliados de su familia en las discusiones y decisiones de tratamiento.**
- **Se le debe decir, por escrito, si a usted se le transfiere a otra ubicación de tratamiento y el motivo de la transferencia.**

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 146



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

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de salud por sí mismas. Antes de que esto suceda, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **darle a otra persona derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud en su nombre.**
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que administren su cuidado de salud si usted no puede tomar decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se llama *directiva anticipada*. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas, que tienen diferentes nombres. Algunos ejemplos son un *testamento en vida* y un *poder legal para cuidados de salud*.

Usted no tiene que usar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, su coordinador de cuidados, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Es posible que las organizaciones que informan a la gente sobre Medicare o Healthy Connections Medicaid, como I-CARE (Programa de seguro de salud de South Carolina (SHIP)), también podrían tener formularios de directivas anticipadas.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que le ayude a llenarlo.
- **Dele copias a las personas que tienen que saber sobre el formulario.** Usted debería darle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. Es posible que también quiera darles copias a sus amigos cercanos o a afiliados de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su casa.

Si le van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de directiva anticipada, en el hospital tienen formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde: llenar una directiva anticipada es una decisión suya.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 147



Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja llamando a su coordinador de cuidados o al Defensor primario de Healthy Connections.

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

Si usted tiene alguna opinión sobre las operaciones del plan, llame a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página para avisarnos.

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

El Capítulo 9, Sección 3, página 159 dice qué puede hacer si usted tiene problemas o inquietudes sobre su cuidado o servicios cubiertos. Por ejemplo, usted podría pedirnos tomar una decisión sobre cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión sobre cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros afiliados hayan presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Afiliados.

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

Si cree que le trataron injustamente y *no* se trata de discriminación por las razones indicadas en la página 132, puede obtener ayuda de las siguientes maneras:

- Puede **llamar a Servicios para Afiliados**.
- Usted puede **llamar a I-CARE, el Programa de asistencia de seguros de salud del estado (SHIP)**. Para conocer los detalles acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2, Sección D, página 22.
- Usted puede **llamar al Defensor primario de Healthy Connections**. Para conocer los detalles acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2, Sección H, página 26.
- Usted puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, siete días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 148



- Usted puede **llamar a Healthy Connections Medicaid** al 1-888-549-0820, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-888-842-3620.

Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias maneras de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Afiliados**.
- Usted puede **llamar a I-CARE, el Programa de asistencia de seguros de salud del estado (SHIP)**. Para conocer los detalles acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2, Sección D, página 22.
- Usted puede **llamar al Defensor primario de Healthy Connections**. Para conocer los detalles acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2, Sección H, página 26.
- Puede **comunicarse con Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o bajar el documento "Sus Derechos y Protecciones en Medicare". (Vaya a <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.>)
 - O usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Usted puede **llamar a Healthy Connections Medicaid** al 1-888-549-0820, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-888-842-3620.

K. Usted también tiene responsabilidades como afiliado del plan

Como afiliado del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados.

- **Lea el *Manual del afiliado* para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos.**
 - Para obtener detalles sobre sus servicios cubiertos, lea los Capítulo 3, Sección B, página 29 y Capítulo 4, Sección D, página 49. En estos capítulos se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué pagará usted.
 - Para obtener detalles sobre sus medicamentos cubiertos, lea los Capítulo 5, Introducción, página 100 y Capítulo 6, Sección C, página 119.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 149



- **Participe en una exploración inicial de salud al inscribirse en el plan.** Para obtener más información, lea el Capítulo 1, Sección F, página 8 o llame a Servicios para Afiliados.
- **Participe en una evaluación completa durante los primeros 60 o 90 días de su inscripción.** Para obtener más información, lea el Capítulo 1, Sección F, página 8 o llame a Servicios para Afiliados.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de receta que usted tenga.** Estamos obligados a asegurarnos de que use todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidados de salud. Llame a Servicios para Afiliados si usted tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su Tarjeta de identificación de afiliado cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a darle el mejor cuidado.**
 - Deles la información completa y exacta que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que usted esté tomando. Esto incluye medicamentos de receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deberán explicarle todo de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted se comporte de manera respetuosa en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que deba.** Como afiliado del plan, usted es responsable de pagar:
 - Las primas de Medicare Parte A y Parte B. Para casi todos los afiliados de Absolute Total Care, Healthy Connections Medicaid pagará la prima de su Parte A y la prima de su Parte B.
 - Usted tendrá que pagar su parte del costo de algunos de sus servicios a largo plazo y respaldos o medicamentos cubiertos por el plan, usted deberá pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija). En el Capítulo 4, Sección E, página 90 dice lo que deberá pagar usted por servicios a largo plazo y respaldos. El Capítulo 6, Sección C, página 119 dice lo que deberá pagar por sus medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 150



- Si usted recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total.
- ➔ Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Lea el Capítulo 9, Sección 4, página 160 para saber cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Servicios para Afiliados.
 - **Si se muda *afuera* de nuestra área de servicio, no puede permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden tener Absolute Total Care El Capítulo 1, Sección D, página 6 le informa sobre cuál es nuestra área de servicio. Le ayudaremos a determinar si usted se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Tampoco se olvide de avisarle a Medicare y Healthy Connections Medicaid su nueva dirección. Lea el Capítulo 2, Sección F, página 24 y Sección G, página 25 y allí encontrará los números de teléfono de Medicare y Healthy Connections Medicaid.
 - **Si usted se muda *pero permanece dentro* de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su expediente actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Pague las cantidades de recuperación de patrimonio después de su muerte**
 - La recuperación de patrimonio es la cantidad que ciertos afiliados deben a Healthy Connections Medicaid después de su muerte.
 - Usted no deberá al plan ninguna cantidad de dinero, pero usted podría deber a Healthy Connections Medicaid por ciertos servicios que usted recibió antes de unirse a nuestro plan.
 - No se permite al plan cobrar recuperación de patrimonio después de su muerte, pero le avisaremos a Healthy Connections Medicaid de su muerte.
 - Si al morir usted debe dinero a Healthy Connections Medicaid, el estado podría cobrar recuperación de patrimonio, del dinero o bienes que usted deje al morir.
- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios para Afiliados.**

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 151



Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué hay en este capítulo?

Este capítulo tiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Usted necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- Usted no está de acuerdo con una decisión que tomó su plan acerca de su cuidado.
- Usted cree que sus servicios cubiertos terminan demasiado pronto.
- **Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación.** Este capítulo está dividido en secciones diferentes para ayudarle a encontrar lo que busca con facilidad.

Si tiene un problema con su salud o servicios y respaldos a largo plazo

Usted debe recibir el cuidado de la salud, los medicamentos y los servicios y respaldos a largo plazo que su médico u otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su plan de atención. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 para recibir ayuda.** Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La llamada es gratuita. Este capítulo explica las distintas opciones que tiene para problemas y quejas diferentes. Pero también puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime para que lo guíe con su problema.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 152



Índice

¿Qué hay en este capítulo?.....	152
Si tiene un problema con su salud o servicios y respaldos a largo plazo.....	152
Sección 1: Introducción.....	156
Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema	156
Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales?.....	156
Sección 2: Dónde pedir ayuda.....	157
Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda.....	157
Sección 3: Problemas con sus beneficios	159
Sección 3.1: ¿Usted debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O le gustaría presentar una queja?.....	159
Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones	160
Sección 4.1: Panorama general de decisiones de cobertura y apelaciones.....	160
Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones	160
Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo le ayudará?	161
Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D).....	164
Sección 5.1: Cuándo usar esta sección	164
Sección 5.2: Como pedir una decisión de cobertura.....	165
Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D).....	167
Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D).....	172
Sección 5.5: Problemas de pago	176
Sección 6: Medicamentos de la Parte D	178

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 153



Sección 6.1: Qué tiene que hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D.....	178
Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?.....	180
Sección 6.3: Cosas importantes que hay que saber sobre cómo pedir una excepción.....	182
Sección 6.4: Cómo pedir una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción	182
Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para los medicamentos de la Parte D	186
Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para los medicamentos de la Parte D	189
Sección 7: Cómo pedirnos cubrir una estadía en el hospital más larga	191
Sección 7.1: Aprender sobre sus derechos de Medicare.....	191
Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	192
Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	195
Sección 7.4: ¿Qué sucederá si dejas pasar la fecha límite de apelación?.....	196
Sección 8: Qué hacer si le parece que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, cuidado de institución de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto.....	199
Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuando termine su cobertura.....	199
Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado.....	199
Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado.....	203
Sección 8.4: ¿Y si dejas pasar la fecha límite para hacer su Apelación de nivel 1?	204
Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	206
Sección 9.1: Los pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare.....	206
Sección 9.2: Los pasos siguientes para servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid.....	206
Sección 10: Cómo presentar una queja.....	208
Sección 10.1: Quejas internas	210

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 154



Sección 10.2: Quejas externas 211



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 155

Sección 1: Introducción

Sección 1.1: Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo dice qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pago. Medicare y Healthy Connections Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que tanto nosotros como usted debemos seguir.

Sección 1.2: ¿Cuáles son los términos legales?

Hay términos legales difíciles para algunas de las reglas y fechas límite en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender y por eso usamos palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Usamos la menor cantidad de abreviaciones y siglas posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “interponer una reclamación”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficio” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”.

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con más claridad; por eso también proporcionamos esos términos legales.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 156



Sección 2: Dónde pedir ayuda

Sección 2.1: Dónde obtener más información y ayuda

Es posible que le parezca confuso comenzar o seguir el proceso para solucionar un problema. Esto puede ser especialmente difícil si no se siente bien o se siente cansado. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el paso siguiente.

Puede recibir ayuda del Defensor de Healthy Connections Prime

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime. El Defensor de Healthy Connections Prime puede responder a sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para manejar su problema. El Defensor de Healthy Connections Prime no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con el plan de salud. Este puede ayudarlo a comprender qué proceso usar. El teléfono del Defensor de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratis, al igual que los servicios.

Puede obtener ayuda del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)

También puede llamar a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP). Los consejeros del SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para manejar su problema. El SHIP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con el plan de salud. SHIP tiene consejeros capacitados en todos los estados y los servicios son gratuitos. En Carolina del Sur, el SHIP es conocido como I-CARE, que significa Asistencia y orientación de seguros y referencias para ancianos. El número de teléfono de I-CARE es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estas llamadas son gratis, al igual que los servicios.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda con sus problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana.
TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Vaya al sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

Cómo recibir ayuda de Healthy Connections Medicaid

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 157



Puede llamar directamente a Healthy Connections Prime para pedir ayuda con sus problemas. Estas son algunas maneras de obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:

- Llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820 de lunes a viernes de 8:00 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:

- Teléfono gratuito de protección y defensoría para personas con incapacidades (P&A) al 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525.
- Teléfono gratuito de Servicios legales de Carolina del Sur al 1-888-346-5592.
- Organización de mejoramiento de la calidad (QIO) - KEPRO – gratis al 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776). Número de fax: 1-844-834-7129. Para obtener información adicional, lea Capítulo 2, Sección E, página 23.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 158



Sección 3: Problemas con sus beneficios

Sección 3.1: ¿Usted debería usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O le gustaría presentar una queja?

Si usted tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo según sus problemas o quejas.

¿Su problema está relacionado con sus beneficios o cobertura?	
(Esto incluye problemas acerca de si un cuidado médico particular o medicamentos recetados están cubiertos o no, de qué forma están cubiertos, y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico o los medicamentos recetados.)	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema tiene que ver con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 4: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 160.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema <u>no</u> tiene que ver con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Salte a la Sección 10: “Cómo presentar una queja” en la página 208.</p>

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 159



Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1: Panorama general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata con problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye los problemas con el pago.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una *decisión de cobertura* es una decisión inicial que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cuando decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos.

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid, cualquiera de ustedes puede pedir una decisión de cobertura antes de que el médico dé el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una *apelación* es una manera formal de pedir que revisemos nuestra decisión y que la cambiemos si le parece que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

¿A quién puedo llamar si necesito ayuda para pedir decisiones de cobertura o apelar?

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

- Llame a **Servicios para Afiliados** al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- Llame al **Defensor de Healthy Connections Prime** para recibir ayuda gratis. El Defensor de Healthy Connections Prime ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime con problemas con el servicio o la facturación. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 160



- Llame al **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), también conocido como I-CARE en Carolina del Sur**, para obtener ayuda gratuita. 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 de cobertura o apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o afiliado de su familia** y pídale que actúe por usted. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted, como su "representante", para pedir una decisión de cobertura o apelar.
 - » Si quiere que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Afiliados y pida el formulario "Nombramiento de un representante". También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en <http://mmp.absolutetotalcare.com>. El formulario da a la persona permiso para actuar por usted. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a pedir a un abogado** que actúe por usted. Puede llamar a su propio abogado o puede obtener el nombre de un abogado de la asociación de abogados local u otro servicio de recomendación. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos si usted es elegible. Si quiere que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un representante.

Sin embargo, **usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura ni para apelar.

Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo le ayudará?

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Dividimos este capítulo en secciones diferentes para ayudarle a encontrar las reglas que tiene que seguir. **Usted solo necesitará leer las secciones de este capítulo que correspondan a su situación:**

- La **Sección 5 en la página 164** le da información si tiene problemas sobre los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - No está recibiendo la atención médica que usted quiere y usted cree que nuestro plan la cubre.
 - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería cubrirse.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 161



- **NOTA:** Solo use la Sección 5 si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que tienen un símbolo DP **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 en la página 178 para apelaciones para los medicamentos de la Parte D.
- Recibió cuidado o servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos, pero nosotros no pagaremos este cuidado.
- Usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que usted creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos el pago.
- Le avisan que la cobertura de atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es por cuidado en hospital, cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o servicios en una Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), usted debe leer una sección por separado de este capítulo, porque se aplican reglas especiales para esos tipos de cuidado. Lea las Secciones 7 y 8, en las páginas 191 y 199.
- La **Sección 6 en la página 178** le da información sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos del plan* (Lista de medicamentos).
 - Quiere pedirnos que cancelemos los límites de cantidad de medicamento que usted puede obtener.
 - Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
 - No aprobamos su pedido o excepción y usted o su médico u otro proveedor creen que deberíamos haberlo aprobado.
 - Quiere pedirnos que paguemos un medicamento recetado que ya compró. (Esto es pedir una decisión de cobertura sobre un pago.)
- La **Sección 7 en la página 191** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga como paciente interno de hospital si cree que el médico le da de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
 - Está en el hospital y cree que el médico le pidió que saliera del hospital demasiado pronto.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 162



- La **Sección 8 en la página 199** le da información si cree que su cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

Si no está seguro de cuál sección deberá usar, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

Si necesita otra ayuda o información, por favor llame al Defensor de Healthy Connections Prime, al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 163



Sección 5: Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

Sección 5.1: Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que hay que hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D. Los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos que tienen un símbolo DP **no** están cubiertos por la Parte D. Lea la Sección 6 para apelaciones para medicamentos de la Parte D.

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

- 1. Cree que cubrimos servicios médicos, servicios de salud del comportamiento o servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) que necesita pero no está recibiendo.**

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 5.2, en la página 165, para leer la información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

- 2. No aprobamos el cuidado que su médico o proveedor quieren darle, y que usted cree que se lo deberíamos haber dado.**

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar el cuidado. Vaya a la Sección 5.3, en la página 167, para obtener información sobre cómo apelar.

- 3. Recibió servicios o artículos que usted cree que cubrimos, pero que no pagaremos.**

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la Sección 5.3, en la página 167, para obtener información sobre cómo apelar.

- 4. Usted recibió y pagó por servicios o artículos que usted creía que estaban cubiertos y ahora desea que le devolvamos lo que usted pagó por dichos servicios o artículos.**

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le devolvamos el pago. Vaya a la Sección 5.5, en la página 176 para obtener información sobre cómo pedirle al plan la devolución de su pago.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 164



5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierto servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el servicio. Vaya a la Sección 5.3, en la página 165, para obtener información sobre cómo apelar.

NOTA: Se aplicarán reglas especiales si la cobertura que se va a interrumpir es para cuidado en hospital, cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF). Lea las Secciones 7 y 8, en las páginas 191 y 199, para saber más.

Sección 5.2: Como pedir una decisión de cobertura

Cómo pedir una decisión de cobertura para recibir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento o servicios y respaldos de largo plazo (LTSS)

Para pedir una decisión de cobertura, llame, escriba o envíenos un fax o pida a su representante o a su médico que nos pidan una decisión.

- También puede llamarnos al: 1-855-735-4398. TTY: 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- Puede enviarnos un fax al: 1-866-719-5435.
- Puede escribirnos a:

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

¿Cuánto tiempo tarda una decisión de cobertura?

Generalmente toma hasta 14 días calendario después de pedirla. Si no le damos nuestra decisión a más tardar en 14 días calendario, puede apelar.

- ➔ A veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación acelerada”.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 165



necesita más tiempo.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápida?

Sí. Si por su salud necesita una respuesta más rápida, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos el pedido, le avisaremos de nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que necesitamos tomarnos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo.

Cómo pedir una decisión de cobertura rápida:

- Para pedir una decisión de cobertura rápida, llame o envíe un fax a nuestro plan para pedir que cubramos el cuidado que quiere.
- Puede llamarnos al 1-855-735-4398 o envíenos un fax al 1-844-273-2671. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Para conocer los detalles para comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección A, página 16.
- También puede pedir a su médico o representante que nos llame.

Estas son las reglas para pedir una decisión de cobertura rápida:

Debe cumplir con estos dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si está pidiendo cobertura de atención médica o de un artículo *que todavía no recibió*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si es sobre el pago de cuidado médico o un artículo que ya recibió.)
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si usar la fecha límite estándar de 14 días calendario podría *causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para funcionar*.
 - ➔ **Si su médico dice que necesita una decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.**
 - ➔ Si nos pide una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si usted obtiene una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos la fecha límite estándar de 14 días calendario.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 166



- Esta carta le dirá que si su médico nos pide la decisión de cobertura rápida, daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
- La carta le dirá también cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección 10, en la página 208.

Si la decisión de cobertura es Sí ¿cuándo obtendré el servicio o artículo?

Se le aprobará (le daremos autorización previa) para obtener el servicio o artículo a más tardar en 14 días calendario (para una decisión de cobertura estándar) o 72 horas (para una decisión de cobertura rápida) desde que hizo el pedido. Si alargamos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, aprobaremos la cobertura al final de ese período más largo.

Si la decisión de cobertura es No, ¿cómo me enteraré?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta con los motivos por los cuales dijimos que **No**.

- Si decimos que **No**, usted tiene derecho de apelar para pedirnos que cambiemos esta decisión. Apelar significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que va al Nivel 1 del proceso de apelaciones (lea más información en la sección siguiente).

Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una Apelación?

Una *apelación* es una manera formal de pedir que revisemos nuestra decisión y que la cambiemos si le parece que hemos cometido un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. En todos los casos, usted debe comenzar su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El Defensor de Healthy Connections Prime no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con el plan de salud.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 167



¿Qué es una Apelación de nivel 1?

Una Apelación de nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión de cobertura para ver si es correcta. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión de cobertura original. Cuando terminemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le avisamos que el servicio o artículo no serán cubiertos, su caso podrá ir a la Apelación de nivel 2.

¿Cómo presento una Apelación de nivel 1?

- Para comenzar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-855-735-4398 (TTY: 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para una apelación, lea el Capítulo 2, Sección A, página 16.
- Puede pedirnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si usted nos pide una apelación estándar o una apelación rápida, puede apelar por escrito o llamarnos
 - Puede enviar un pedido a la siguiente dirección:

Absolute Total Care
Attn: Appeals and Grievances -- Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105
 - También puede llamarnos para pedir una apelación al 1-855-735-4398 (TTY: 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de

De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden presentar una solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. *También puede llamarnos para pedir una apelación.*

- Presente la solicitud **en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha de la decisión que está apelando. Si deja pasar la fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
- Si usted apela porque le dijimos que un servicio que usted recibe actualmente será cambiado o suspendido, **usted tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso.
- ➔ Siga leyendo esta sección para obtener información sobre qué fecha límite se aplica a su apelación.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 168



atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

¿Alguien más puede presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación por usted. Además, otra persona que no sea su médico u otro proveedor puede presentar la apelación por usted, pero primero debe completar un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario da a la otra persona permiso para actuar por usted.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, llame a Servicios para Afiliados y pídale, o visite el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en <http://mmp.absolutetotalcare.com>.

- ➔ Si la apelación viene de otra persona aparte de usted, su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario completo de Nombramiento de un representante antes de poder revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para hacer una apelación?

Usted debe pedir una apelación **a más tardar 60 días calendario** después de la fecha de la carta que le enviemos para darle nuestra decisión.

Si usted deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado, posiblemente podamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave; o no le dimos información correcta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- ➔ **NOTA:** Si usted apela porque le dijimos que un servicio que usted recibe actualmente será cambiado o suspendido, **usted tiene menos días para apelar** si quiere seguir recibiendo ese servicio mientras que la apelación esté en proceso. Lea más información en “¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de nivel 1?” en la página 171.

¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Pídanos una copia llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 169



¿Mi médico puede darles más información sobre mi apelación?

Si, tanto usted como su médico pueden darnos más información para apoyar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión de la apelación?

Analizaremos atentamente toda la información sobre su pedido de cobertura de cuidado médico. Luego revisaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando dijimos **No** a su pedido. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, es posible que la pidamos a usted o su médico.

¿Cuándo me enteraré sobre una decisión de apelación "estándar"?

Debemos darle nuestra respuesta a más tardar 15 días calendario después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión más pronto si su enfermedad nos lo exige.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.
 - Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección 10, en la página 208.
 - Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 15 días calendario o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicare. Le avisaremos cuando pase esto. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página 172.
- ➔ **Si nuestra respuesta es sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o brindar la cobertura a más tardar 15 días calendario después de recibir su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es no** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta que le enviaremos le dirá que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Healthy Connections Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 170



nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página 172.

¿Cuándo me enteraré sobre una decisión de apelación "rápida"?

Si pide una apelación rápida, le daremos su respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su enfermedad nos exige hacerlo.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta explicando por qué necesitamos más tiempo.
 - Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales podrá presentar una "queja rápida" relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección 10, en la página 208.
 - Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 72 horas o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicare. Le avisaremos cuando pase esto. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página 172.
- ➔ **Si nuestra respuesta es sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos autorizar o dar la cobertura a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es no** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta que le enviaremos le dirá que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Healthy Connections Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de nivel 2, vaya a la Sección 5.4, en la página 172.

¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue aprobado anteriormente, le enviaremos un aviso al menos 10 días antes de tomar la medida. Si no está de acuerdo con la medida, podrá presentar una Apelación de nivel 1 y pedir que

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 171



continuemos sus beneficios mientras la apelación está pendiente. Usted deberá **hacer el pedido en el tiempo mencionado abajo o antes** para continuar sus beneficios:

- A más tardar 10 días desde la fecha del envío postal de nuestro aviso de la medida; o
- En la fecha de vigencia prevista de la medida.

Si cumple con esta fecha límite, usted podrá seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación.

Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D)

Si el plan dice que No en el Nivel 1 ¿qué sucederá después?

Le enviaremos una carta si decimos que **No** a todo o parte de su Apelación de nivel 1. Esta carta le informará si el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare y/o Healthy Connections Medicaid.

- Si su problema es sobre un artículo o servicio de **Medicare**, recibirá automáticamente una Apelación de nivel 2 con la Entidad de revisión independiente (IRE) en cuanto la Apelación de nivel 1 esté completa.
- Si su problema es sobre un artículo o servicio de **Healthy Connections Medicaid**, usted mismo puede presentar una Apelación de nivel 2 con la División de apelaciones y audiencias. La carta le informará cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid**, recibirá automáticamente una Apelación de nivel 2 con la IRE para una revisión sobre la cobertura de Medicare. También puede pedir una Apelación de nivel 2 con 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 hace una organización independiente que no está relacionada con el plan. Es la Entidad de revisión independiente (IRE) o la División de apelaciones y audiencias.

Mi problema es sobre un artículo o servicio de Healthy Connections Medicaid. ¿Cómo presento una Apelación de nivel 2?

Una Apelación de nivel 2 para artículos y servicios de Healthy Connections Medicaid se denomina “audiencia estatal imparcial”.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 172



Si desea solicitar una audiencia estatal imparcial, debe contactar a la División de apelaciones y audiencias por escrito. Debe pedir una audiencia estatal imparcial **en el plazo de 120 días calendario** después de la fecha de nuestra decisión de Nivel 1, a menos que la División de apelaciones y audiencias extienda la fecha límite para usted.

Puede pedir una audiencia estatal imparcial al completar la solicitud en línea en <https://msp.scdhhs.gov/appeals>.

También puede presentar su solicitud en persona, enviarla por fax al 803-255-8206, o escribir a:

División de apelaciones y audiencias
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur
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 con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. Durante la audiencia, un oficial de audiencia imparcial escuchará su explicación sobre por qué no está de acuerdo con nuestra medida. El oficial de la audiencia también escuchará nuestra explicación de la medida tomada. El oficial de la audiencia hará preguntas para obtener la información suficiente para decidir si el caso se manejó adecuadamente.

- ➔ La División de apelaciones y audiencias debe darle la decisión de la audiencia dentro del plazo de 90 días calendario desde la fecha en que presentó una apelación con el plan.
- ➔ Si califica para una revisión rápida, la División de apelaciones y audiencias le dará una decisión de la apelación en 3 días hábiles.
 - » Sin embargo, si la División de apelaciones y audiencias necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la División de apelaciones y audiencias necesita tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisará por carta.

Mi problema es sobre un artículo o servicio de Medicare. ¿Qué sucederá en una Apelación de nivel 2?

Una Entidad de revisión independiente (IRE) hará una revisión cuidadosa de la decisión de Nivel 1 y decidirá si debería cambiarse.

- No es necesario que solicite una Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier rechazo (completo o en parte) a la IRE. Le avisaremos cuando pase esto.
- La IRE es contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 173



- Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- ➔ La IRE debe dar una respuesta a su Apelación de nivel 2 a más tardar 30 días calendario después de que recibe su apelación. Esta regla se aplica si envió su apelación antes de obtener servicios médicos o artículos.
 - » Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisará por carta.
- ➔ Si usted tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.
 - » Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede tomarse hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, le avisará por carta.

¿Qué sucede si mi artículo o servicio está cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid?

Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid, enviaremos automáticamente su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente para una revisión sobre la cobertura de Medicare. También puede presentar una Apelación de nivel 2 a la División de apelaciones y audiencias para una revisión sobre la cobertura de Medicaid. Siga las instrucciones de la página 172.

¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de nivel 2?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que había sido aprobado anteriormente, puede pedir que continuemos sus beneficios durante las Apelaciones de nivel 2 en algunos casos.

- Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare, sus beneficios para ese servicio **no** continuarán durante la Apelación de nivel 2 presentada ante la Entidad de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio cubierto por Healthy Connections Medicaid (que incluye un servicio cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid), puede pedir que sus beneficios para ese servicio continúen durante la

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 174



Apelación de nivel 2 con la División de apelaciones y audiencias. Usted deberá hacer el pedido en el tiempo mencionado abajo o antes, para continuar sus beneficios:

- » Dentro del plazo de 10 días calendario desde la decisión de la Apelación de nivel 1 del plan; o
- » En la fecha de vigencia prevista de la medida.

Si cumple con esta fecha límite, usted podrá seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su Apelación de nivel 2 pasó a la División de apelaciones y audiencias, esta le enviará una carta que le explique su decisión.

- ➔ Si la División de apelaciones y audiencias dice que **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos autorizar la cobertura a más tardar en 72 horas.
- ➔ Si la División de apelaciones y audiencias dice que **No** a una parte o a todo lo que pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
También se llama rechazar su apelación.

Si su Apelación de nivel 2 pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), esta le enviará una carta que le explique su decisión.

- ➔ Si la IRE dice que **Sí** a una parte o a todo lo que pidió en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de cuidados médicos a más tardar en 72 horas o darle el servicio o artículo a más tardar en 14 días calendario después de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de cuidados médicos o darle el servicio o artículo a más tardar a más tardar en 72 horas después de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- ➔ Si la IRE dice que **No** a una parte o a todo lo que pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión. También se llama rechazar su apelación.

¿Y si apelé ante la Entidad de revisión independiente y la División de apelaciones y audiencias y las dos toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de revisión independiente o la División de apelaciones y audiencias decide que **Sí** para todo o parte de lo que pidió, le daremos el servicio o artículo aprobados que son más cercanos a lo que pidió en su apelación.

Si la decisión es No para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo apelar otra vez?

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 175



Si su Apelación de nivel 2 pasó a la División de apelaciones y audiencias, y no está de acuerdo con la decisión del oficial de la audiencia, puede presentar una apelación al Tribunal administrativo. Debe presentar esta apelación en un plazo de 30 días después de haber recibido la notificación de la decisión. Apelar tiene un cargo.

Si su Apelación de nivel 2 pasó a la Entidad de revisión independiente (IRE), usted podrá presentar otra apelación, solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere llega a cierta cantidad mínima. La carta que usted reciba de la IRE le explicará otros derechos de apelación adicionales que usted puede tener.

Lea el Capítulo 9, Sección 9, en la página 206, más información sobre los niveles de apelación adicionales.

Sección 5.5: Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o artículos cubiertos. Esto es verdad incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura. La única cantidad que se le pedirá que pague es el copago por servicios de cuidado personal, suministros médicos, prótesis, servicios dentales y dispositivos ortopédicos cubiertos sólo por Healthy Connections Medicaid.

Si recibe una factura más alta que su copago para los artículos y servicios cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

Para obtener más información, comience por leer el Capítulo 7: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por medicamentos o servicios cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible pedir que le devolvamos el pago o que paguemos una factura que usted recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos los papeles para pedirnos el pago.

¿Puedo pedir que me reembolsen *su parte de un servicio o artículo que pagué?*

Recuerde que si recibe una factura más alta que su copago por servicios y artículos cubiertos, no debe pagar la factura usted mismo. Pero si la paga, usted podrá recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios y artículos.

Si está pidiendo que le paguen, está pidiendo una decisión de cobertura. Decidiremos si el servicio o artículo que pagó es un servicio o artículo cubierto y revisaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el artículo o servicio que usted pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo del servicio o artículo a más tardar 60 días calendario después de que recibimos su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 176



O, si usted no ha pagado por el servicio o artículo todavía, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su pedido de una decisión de cobertura.

- Si el servicio o artículo *no* está cubierto o usted *no* siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para decirle que no pagaremos el servicio o artículo y explicaremos por qué.

¿Y si decimos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede apelar**. Siga los procesos de apelación descritos en la Sección 5.3, en la página 165. Cuando siga estas instrucciones, por favor tenga en cuenta:

- Si hace una apelación para que le devolvamos dinero, debemos responderle a más tardar 60 días calendario después de recibir su apelación.
 - Si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.
- ➔ Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo está generalmente cubierto por Medicare, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto pasa.
- Si la IRE no está en de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta para su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor a más tardar en 60 días calendario.
 - Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. (Esto se llama confirmar la decisión o rechazar su apelación.) La carta que reciba explicará los derechos de apelación adicionales que usted tenga. Usted podrá apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo alcanza cierta cantidad mínima. Lea en la Sección 9, en la página 206, más información sobre los niveles de apelación adicionales.
- ➔ Si respondemos que **No** a su apelación y el artículo o servicio está cubierto generalmente por Healthy Connections Medicaid, puede presentar una Apelación de nivel 2 usted mismo (consulte la Sección 5.4 en la página 172).

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 177



Sección 6: Medicamentos de la Parte D

Sección 6.1: Qué tiene que hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son "medicamentos de la Parte D". Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre pero que Healthy Connections Medicaid puede cubrir. **Esta sección se aplica solo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

- La *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* incluye algunos medicamentos que tienen un símbolo DP. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con el símbolo DP siguen el proceso de la **Sección 5**, en la página 164.

¿Puedo pedir una decisión de cobertura o una apelación sobre medicamentos de receta de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede pedirnos que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, como:
 - » Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* del plan
 - » Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites a la cantidad de medicamento que usted puede obtener)
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).
 - » **NOTA:** Si su farmacia le dice que no puede surtir su receta, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 178



- Usted pide que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es pedir una decisión de cobertura sobre un pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “determinación de cobertura”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir decisiones de cobertura **y** cómo pedir una apelación.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 179

Use la tabla siguiente para decidir qué sección tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones está usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o restricción para un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Comience con la Sección 6.2, en la página 180. Lea también las Secciones 6.3 y 6.4, en las páginas 182 y 182.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento que está en nuestra Lista de medicamentos y cree que usted cumple las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos una decisión de cobertura.</p> <p>Salte a la Sección 6.4, en la página 182.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede pedirnos que le devolvamos el pago. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Salte a la Sección 6.4, en la página 182.</p>	<p>¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que se cubra o pague?</p> <p>Puede apelar. (Esto significa que usted nos pide que reconsideremos nuestra decisión.)</p> <p>Salte a la Sección 6.5, en la página 186.</p>

Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una *excepción* es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una "excepción".

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 180



Cuando nos pide una excepción, su médico u otro proveedor deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que pueden pedirnos usted o su médico u otro proveedor:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de medicamentos.
2. Quitar una restricción a en nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, vaya al Capítulo 5, Sección C, página 107).
 - Las reglas adicionales y las restricciones a la cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
 - » Que se le pida usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - » Obtener una aprobación del plan antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento para usted. (Esto se llama a veces autorización previa.)
 - » Que se le pida probar un medicamento diferente antes de que estemos de acuerdo en cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces tratamiento progresivo.)
 - » Límites de cantidad. Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 181



Sección 6.3: Cosas importantes que hay que saber sobre cómo pedir una excepción

El término legal para pedir la eliminación de una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una “excepción al formulario”

Su médico u otro proveedor deben decirnos los motivos médicos

Su médico u otro proveedor deben darnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro proveedor cuando pide la excepción.

Típicamente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estos se llaman medicamentos alternativos. En general, *no* aprobamos su pedido de una excepción si un medicamento alternativo funciona tan bien como el medicamento que está pidiendo y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud.

Diremos que Sí o No a su pedido de una excepción

- Si decimos que **Sí** a su pedido de una excepción, esta generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si decimos que **No** a su pedido de una excepción, puede apelar para pedir una revisión de nuestra decisión. La Sección 6.5, en la página 186, le dice cómo apelar si decimos que **No**.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Sección 6.4: Cómo pedir una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 182



Qué hacer

- Pida el tipo de decisión de cobertura que quiere. Haga su pedido por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro proveedor) pueden hacerlo. Puede llamarnos al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- Usted, su médico (u otro proveedor) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede tener un abogado que actúe a su nombre.

Lea la Sección 4, en la página 160, para saber cómo dar permiso a otra persona para actuar como su representante.

- ➔ Usted no necesita dar a su médico u otro proveedor permiso por escrito para pedirnos una decisión de cobertura a su nombre.
- Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección B, página 127 de este manual. El Capítulo 7 describe los momentos en los que posiblemente tenga que pedir que le devolvamos su dinero. También le dice cómo enviarnos los papeles para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.
- Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de apoyo”. Su médico u otro proveedor deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Llamamos a esto la declaración de apoyo.

De un vistazo: Cómo pedir una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago

Llame, escriba, o envíenos un fax, o pídale a su representante u otro proveedor que pida una. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso de su medicamento de la Parte D que ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si está solicitando una excepción, incluya la declaración de apoyo de su médico u otro proveedor.
 - Usted, su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas suelen llegar en 24 horas.)
- ➔ ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre fechas límite de decisiones.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 183



Su médico u otro proveedor pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro proveedor también pueden decírnos por teléfono y después enviar una declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión de cobertura rápida”

Usaremos las “fechas límite estándar” a menos que estemos de acuerdo en usar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
 - » Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si está pidiendo un *medicamento que no ha recibido aún*. (Usted no puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que ya compró.)
 - » Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si usar las fechas límite estándar podría *causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para funcionar*.
 - » Si su médico u otro proveedor le dicen que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida” estaremos de acuerdo en darle una decisión de cobertura rápida y la carta se lo dirá.

Si usted pide una decisión de cobertura rápida usted solo (sin el apoyo de su médico u otro proveedor), decidiremos si usted obtiene una decisión de cobertura rápida.

Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos las fechas límite estándar en lugar de las rápidas. Le enviaremos una carta. La carta le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar. Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja a más tardar en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 184



10, en la página 208.

Fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta a más tardar 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas desde que recibimos su solicitud. O bien, si está pidiendo una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su médico o su proveedor apoyando su pedido. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud nos lo exige.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente examinará su pedido.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su pedido o la declaración de su médico o proveedor apoyando su pedido.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que no ha recibido

- Si estamos usando las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su pedido. O, si usted está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de apoyo de su médico o proveedor. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud nos lo exige.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente examinará su pedido.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar la cobertura a más tardar 72 horas después de recibir su pedido o, si está pidiendo una excepción, la declaración de apoyo de su médico o proveedor.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Las fechas límite para una "decisión de cobertura estándar" para el pago de un medicamento que ya compró

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 185



- Debemos darle nuestra respuesta a más tardar 14 días calendario después de recibir su pedido.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente examinará su pedido.
- ➔ **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, le pagaremos a usted a más tardar en 14 días calendario.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para los medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros.
- Si nos escribe para una apelación estándar, puede apelar al enviar un pedido por escrito. También puede llamarnos al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil para pedir una apelación.
- Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
- Haga su pedido de apelación a **más tardar 60 días calendario** después de la fecha del aviso que le enviamos para informarle nuestra decisión. Si usted deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado, posiblemente podamos darle más tiempo para apelar. Por ejemplo, motivos justificados para pasar la fecha límite serían si tiene una enfermedad

De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 1

Usted, su médico, su proveedor o su representante pueden presentar una solicitud por escrito y enviárnosla por correo o fax. También puede llamarnos para pedir una apelación.

- Presente la solicitud **en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha de la decisión que está apelando. Si deja pasar la fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
 - Usted, su médico o proveedor, o su representante, pueden llamarnos para pedirnos una apelación rápida.
- ➔ ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre fechas límite de decisiones.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 186



grave que impidió que se contactara con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es la “redeterminación” del plan.

- Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- » Si quiere, usted y su médico u otro proveedor pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que usted no haya recibido, usted y su médico u otro proveedor deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” descritos en la Sección 6.4 en la página 182.

El término legal para “apelación rápida” es “redeterminación acelerada”.

Nuestro plan revisará su apelación y le dará nuestra decisión

- Analizaremos con cuidado toda la información sobre su pedido de cobertura. Revisaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando dijimos que **No** a su pedido. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro proveedor para obtener más información. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión de cobertura original.

Fechas límites para una “apelación rápida”

- Si estamos usando las fechas límites rápidas, le daremos nuestra respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su apelación o antes si su salud lo exige.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 187



- Si no le damos una respuesta a más tardar en esas 72 horas, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su Apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es que Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**.

Fechas límites para una “apelación estándar”

- Si estamos usando las fechas límites estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar 7 días calendario después de recibir su apelación o antes si su salud lo exige. Si cree que su salud lo exige, pida una “apelación rápida”.
 - Si no le damos una decisión a más tardar en 7 días calendario, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es que Sí** a una parte o a todo lo que pidió:
- » Si aprobamos su pedido de cobertura, debemos darle la cobertura tan rápido como su salud lo requiere, pero no más de 7 días calendario después de recibir su apelación.
 - » Si aprobamos una solicitud para devolverle el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
- ➔ **Si nuestra respuesta es que No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No** y le explique cómo apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 188



Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para los medicamentos de la Parte D

Si decimos que **No** a parte o toda su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o hace otra apelación. Si decide seguir adelante a una Apelación de nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito. La carta que le enviaremos sobre nuestra decisión en la Apelación de nivel 1, explicará cómo solicitar la Apelación de nivel 2.
- Cuando apele a la IRE, enviaremos su expediente a la IRE. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente, llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.
- Usted tiene derecho a dar a la IRE otra información para apoyar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia del gobierno.

De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 2

Si quiere que la Entidad de revisión independiente revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito.

- Presente la solicitud **en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha de la decisión que está apelando. Si deja pasar la fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
 - Usted, su médico u otro proveedor, o su representante pueden solicitar la Apelación de nivel 2.
- ➔ ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También léala para encontrar información sobre fechas límite de decisiones.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es "reconsideración".

- Los revisores de la IRE verán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta que explique su decisión.

Fechas límites para la "apelación rápida" en el Nivel 2

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 189



- Si su salud lo exige, pida a la Entidad de revisión independiente (IRE) una “apelación rápida”.
- Si la IRE está de acuerdo en darle una apelación rápida, debe responder a su Apelación de nivel 2 a más tardar 72 horas después de recibir su pedido de apelación.
- Si la IRE dice que **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos autorizar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar 24 horas después de recibir la decisión.

Fechas límites para una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si usted tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 a más tardar 7 días calendario después de que recibe su apelación.
 - » Si la IRE dice que **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos autorizar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar 72 horas después de recibir la decisión.
 - » Si la IRE aprueba un pedido para devolverle el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

¿Y si la Entidad de revisión independiente dice que No a su Apelación de nivel 2?

No significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. Esto se llama confirmar la decisión o rechazar su apelación.

Si usted quiere ir al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que pidió, deben alcanzar un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, puede pedir una apelación en el Nivel 3. La carta que reciba de la IRE le dirá el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 190



Sección 7: Cómo pedirnos cubrir una estadía en el hospital más larga

Cuando le internan en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios del hospital que cubrimos, necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que salga del hospital. También le ayudarán a preparar el cuidado que usted pueda necesitar después de salir.

- La fecha en que usted sale del hospital es su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuándo será su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto, puede pedir una estadía en el hospital más larga. Esta sección le dice cómo pedirla.

Sección 7.1: Aprender sobre sus derechos de Medicare

A más tardar dos días después de que le internen en el hospital, un trabajador de casos o enfermera le dará un aviso llamado *Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Lea este aviso con cuidado y pregunte si no entiende. El *Mensaje importante* le dice sobre sus derechos como paciente del hospital, incluyendo su derecho a:

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
- Participar en las decisiones sobre el tiempo de su estadía en el hospital.
- Saber a dónde informar de las inquietudes que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
- Apelar si le parece que le dieron de alta del hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos. Su firma en el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que podrían haberle dicho su médico o el personal del hospital.

Conserve su copia del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 191



- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 La llamada es gratuita.

También puede ver el aviso por internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

- ➔ Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados o a Medicare a los números anotados arriba.

Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital como paciente interno durante más tiempo, debe pedir una apelación. Una Organización para las mejoras de calidad hará la revisión de la Apelación de nivel 1 para ver si su fecha de alta programada es médicamente adecuada para usted.

En Carolina del Sur, la Organización para las mejoras de calidad se llama KEPRO. Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a KEPRO al 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776).

¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización para las mejoras de calidad **antes** de salir del hospital y no lo haga después de su fecha de alta programada. *Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos* contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para las mejoras de calidad.

- Si llama antes de salir, se le permite quedarse en el hospital *después* de su fecha de alta programada *sin pagar por eso* mientras usted recibe la decisión sobre su Apelación que tomará la Organización para las mejoras de calidad.
- Si usted *no llama* para apelar y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por cuidado de hospital que reciba después de su fecha de alta programada.

De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para las mejoras de calidad de su estado al 1-844-455-8708 y pida una "revisión rápida".

Llame antes de salir del hospital y antes de su fecha de alta programada.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 192



- ➔ Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para las mejoras de calidad sobre su apelación, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para conocer los detalles, lea la Sección 7.4, en la página 196.

Queremos asegurarnos de que usted entienda lo que tiene que hacer y cuáles son las fechas límites.

- **Si necesita ayuda, pídale.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede llamar a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), conocido como I-CARE en Carolina del Sur, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Qué es una Organización para las mejoras de calidad?

Es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que recibe pagos de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Pida una "revisión rápida"

Puede pedir a la Organización para las mejoras de calidad una "revisión rápida" de su alta. Pedir una "revisión rápida" significa que usted está pidiendo que la organización use las fechas límite rápidas para una apelación, en lugar de usar las fechas límite estándar.

El término legal para "revisión rápida" es "revisión inmediata".

¿Qué pasa durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para las mejoras de calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta programada. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 193



- Usted recibirá una carta con su fecha de alta programada, al mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. La carta explicará los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que se le dé de alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito es “Aviso detallado de su salida”. Podrá obtener una muestra llamando a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711), 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También podrá ver una muestra del aviso por internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

¿Y si la respuesta es Sí?

- Si la Organización para las mejoras de calidad dice que **Sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios de hospital todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Y si la respuesta es No?

- Si la Organización para las mejoras de calidad dice que **No** a su apelación, está diciendo que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto ocurre, nuestra cobertura por servicios de hospital como paciente interno terminará al mediodía del día *después* de que la Organización para las mejoras de calidad nos dé su respuesta.
- Si la Organización para las mejoras de calidad dice que **No** y usted decide quedarse en el hospital, entonces es posible que usted tenga que pagar por su estadía continua en el hospital. El costo del cuidado de hospital que usted tenga que pagar comienza al mediodía del día después de que la Organización para las mejoras de calidad nos dé su respuesta.
- Si la Organización para las mejoras de calidad rechaza su apelación, y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces podrá hacer una Apelación de nivel 2.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 194



Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para las mejoras de calidad rechazó su apelación, y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces podrá hacer una Apelación de nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para las mejoras de calidad otra vez y pedir otra revisión.

Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar 60 días calendario** después del día en que la Organización para las mejoras de calidad dijo que **No** a su Apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

En Carolina del Sur, la Organización para las mejoras de calidad se llama KEPRO. Puede contactarse con KEPRO al 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776).

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 195



- Los revisores de la Organización para las mejoras de calidad verán otra vez con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Organización para las mejoras de calidad tomarán una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de una segunda revisión.

De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para las mejoras de calidad de su estado al 1-844-455-8708 y pida otra revisión.

¿Qué sucederá si la respuesta es Sí?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que recibió desde el mediodía de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura por su cuidado de hospital como paciente interno todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucederá si la respuesta es No?

Significa que la Organización para las mejoras de calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que recibirá le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para las mejoras de calidad rechaza su Apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía en el hospital después de su fecha de alta programada.

Sección 7.4: ¿Qué sucederá si dejo pasar la fecha límite de apelación?

Si deja pasar las fechas límites de apelación, hay otra manera de hacer Apelaciones de nivel 1 y nivel 2, llamada Apelaciones alternativas. Pero los *primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Apelación alternativa de nivel 1 para cambiar su fecha de alta de hospital

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para las mejoras de calidad, puede apelar a nosotros y pedirnos una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límites rápidas en lugar de las fechas límites estándar.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 196



- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo deberá salir del hospital fue justa y si siguió todas las reglas.
- Usaremos las fechas límites rápidas en lugar de las fechas límites estándar para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le daremos nuestra decisión a más tardar 72 horas después de pedir una "revisión rápida".
- **Si decimos que Sí a su revisión rápida**, eso significa que estamos de acuerdo en que usted todavía necesita estar en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo los servicios de hospital mientras sigan siendo médicamente necesarios.
Eso también significa que estamos de acuerdo en devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.
- **Si decimos que No a su revisión rápida**, estamos diciendo que su fecha de alta programada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura para sus servicios de hospital como paciente interno termina el día que dijimos que terminaría la cobertura.
 - » Si se quedó en el hospital *después* de su fecha de alta programada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** del cuidado de hospital que recibió después de la fecha de alta programada.

De un vistazo: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Pida una "revisión rápida" de la fecha de alta del hospital. La llamada es gratuita.

Le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

El término legal para "apelación rápida" es "apelación acelerada".

- ➔ Enviaremos su apelación a la "Entidad de revisión independiente" para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos **No** a su apelación rápida. Cuando lo hagamos, esto significará que su caso está pasando *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar su fecha de alta de hospital

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar 24 horas después de cuando le dimos nuestra decisión de

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 197



Nivel 1. Si usted piensa que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límites, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página 208, le dice cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de nivel 2, la IRE revisará la decisión que tomamos cuando dijimos que **No** a su "revisión rápida". Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

- La IRE hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores normalmente le darán una respuesta a más tardar en 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación de su alta de hospital.
- Si la IRE dice que **Sí** a su apelación, entonces debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que usted recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar nuestra cobertura del plan de sus servicios de hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta de hospital programada era médicamente adecuada.

La carta que recibirá de la IRE le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo entrar en una Apelación de nivel 3, llevada por un juez. Lea en la Sección 9, en la página 206, más información sobre las Apelaciones de nivel 3.

De un vistazo: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

No tiene que hacer nada. El plan envía su apelación automáticamente a la Entidad de revisión independiente.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 198



Sección 8: Qué hacer si le parece que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, cuidado de institución de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidado de salud en el hogar.
 - Cuidado de enfermería especializada en una institución de enfermería especializada.
 - Cuidado de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente externo en un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.
- ➔ Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el médico diga que lo necesita.
- ➔ Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes de que sus servicios terminen. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, *dejaremos de pagar su cuidado*.

Si le parece que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Sección 8.1: Le avisaremos por anticipado cuando termine su cobertura

Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama *Notificación de no cobertura de Medicare*.

- El aviso por escrito le dirá la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado.
- El aviso por escrito también le dirá cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Su firma en el aviso **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que es momento de que deje de recibir el cuidado.

Cuando su cobertura termine, dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.

Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar su cuidado

Si le parece que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 199



Antes de comenzar su apelación, entienda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límites.

- **Cumpla las fechas límites.** Las fechas límites son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límites que se aplican a cosas que usted debe hacer. También hay fechas límites que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límites, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página 208, le dice cómo presentar una queja.)
- **Si necesita ayuda, pídale.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, conocido como I-CARE en Carolina del Sur, al 1-800-868-9095.

Durante una Apelación de nivel 1, la Organización para las mejoras de calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que tomamos. En Carolina del Sur, la Organización para las mejoras de calidad se llama KEPRO. Puede contactarse con KEPRO al 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776). En la *Notificación de no cobertura de Medicare* encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para las mejoras de calidad. Este es el aviso que recibió cuando se le dijo que dejaríamos de cubrir sus cuidados.

De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 1 para pedirle al plan que continúe su cuidado

Llame a la Organización para las mejoras de calidad de su estado al 1-844-455-8708 y pida una "apelación de vía rápida".

Llame antes de irse de la agencia o centro que está brindando el cuidado y antes de la fecha de alta programada.

¿Qué es una Organización para las mejoras de calidad?

Es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que recibe pagos de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

¿Qué debería pedir?

Pídales una "apelación de vía rápida". Esta es una revisión independiente de si es médicamente adecuado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es su fecha límite para comunicarse con esta organización?

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 200



- Debe comunicarse con la Organización para las mejoras de calidad *a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaríamos de cubrir su cuidado.*
- Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para las mejoras de calidad sobre su apelación, puede hacer la apelación directamente ante nosotros. Para conocer detalles sobre esta otra manera de hacer su apelación, lea la Sección 8.4, en la página 204.

El término legal de la notificación escrita es “Notificación de no cobertura de Medicare”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 O lea una copia en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

¿Qué sucederá durante la revisión que haga la Organización para las mejoras de calidad?

- Los revisores de la Organización para las mejoras de calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Cuando pida una apelación, el plan deberá escribir una carta a usted y a la Organización para las mejoras de calidad que explique por qué deberían terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les haya dado.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 201



- **A más tardar un día completo después de que los revisores tengan toda la información que necesiten, le darán su decisión.** Usted recibirá una carta que explique la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué sus servicios deben terminar es “Explicación detallada de no cobertura”.

¿Qué sucederá si los revisores dicen que Sí?

- Si los revisores dicen que **Sí** a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

¿Qué sucederá si los revisores dicen que No?

- Si los revisores dicen que **No** a su apelación, entonces su cobertura terminará en la fecha que le dijimos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si usted decide seguir recibiendo cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que termina su cobertura, entonces tendrá que pagar el costo total de este cuidado.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 202



Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar su cuidado

Si la Organización para las mejoras de calidad dijo que **No** a la apelación y usted elige seguir recibiendo cuidado después de que termine su cobertura por el cuidado, puede hacer una Apelación de nivel 2.

Durante la Apelación de nivel 2, la Organización para las mejoras de calidad revisará la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.

En Carolina del Sur, la Organización para las mejoras de calidad se llama KEPRO. Puede contactarse con KEPRO al 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776). Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar 60 días calendario** después del día en que la Organización para las mejoras de calidad dijo que **No** a su Apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

- Los revisores de la Organización para las mejoras de calidad verán otra vez con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para las mejoras de calidad tomará su decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de apelación.

De un vistazo: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 para pedirle al plan que cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización para las mejoras de calidad de su estado al 1-844-455-8708 y pida otra revisión.

Llame antes de irse de la agencia o centro que está brindando el cuidado y antes de la fecha de alta programada.

¿Qué sucederá si la organización de revisión dice que Sí?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. Debemos seguir proporcionando cobertura por el cuidado todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucederá si la organización de revisión dice que No?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la Apelación de nivel 1 y que no la cambiarán.
- La carta que usted reciba le dirá qué hacer si decide seguir con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, llevada por un juez.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 203



Sección 8.4: ¿Y si deja pasar la fecha límite para hacer su Apelación de nivel 1?

Si deja pasar las fechas límites de apelación, hay otra manera de hacer Apelaciones de nivel 1 y nivel 2, llamada Apelaciones alternativas. Pero los *primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Apelación alternativa de nivel 1 para continuar su cuidado por más tiempo

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para las mejoras de calidad, puede apelar a nosotros y pedirnos una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límites rápidas en lugar de las fechas límites estándar.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su cuidado de salud en el hogar, en una institución de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF). Revisamos si la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y si siguió todas las reglas.
- Usaremos las fechas límites rápidas en lugar de las fechas límites estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión a más tardar 72 horas después de que pidió una "revisión rápida".

- **Si decimos que Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios.

Eso también significa que estamos de acuerdo en devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

- **Si decimos que No** a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.

» Si usted sigue obteniendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **es posible que tenga que pagar el costo total** de los servicios.

- ➔ Enviaremos su apelación a la "Entidad de revisión independiente" para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos **No** a su apelación rápida. Cuando lo hagamos, esto significará que su caso está pasando *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

De un vistazo: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 1

Llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Pida una "revisión rápida". La llamada es gratuita. Le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 204



El término legal para “apelación rápida” es “apelación acelerada”.

Apelación alternativa de nivel 2 para continuar su cuidado por más tiempo

Enviaremos la información para su Apelación de nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar 24 horas después de cuando le dimos nuestra decisión de Nivel 1. Si usted piensa que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límites, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página 208, le dice cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de nivel 2, la IRE revisará la decisión que tomamos cuando dijimos que **No** a su "revisión rápida". Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

- La IRE hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores normalmente le darán una respuesta a más tardar en 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE verán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE dice que Sí** a su apelación, entonces debemos devolverle nuestra parte de los costos de cuidado. También debemos continuar la cobertura de nuestro plan de sus servicios mientras sea médicamente necesario.
- **Si la IRE dice que No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de los servicios fue médicamente adecuado.

De un vistazo: Cómo presentar una Apelación alternativa de nivel 2 para pedir que el plan continúe el cuidado

No tiene que hacer nada. El plan envía su apelación automáticamente a la Entidad de revisión independiente.

La carta que recibirá de la IRE le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo entrar en una Apelación de nivel 3, llevada por un juez.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 205



Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

Sección 9.1: Los pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare

Si hizo una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted podría tener derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente le dirá qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez de derecho administrativo (ALJ). Si quiere que un ALJ revise su caso, el artículo o servicio médico que está pidiendo debe cumplir con una cantidad en dólares mínima. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo ya no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir a un ALJ que examine su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del ALJ, puede ir al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de eso, es posible que usted tenga el derecho a pedir a que un tribunal federal examine su apelación.

Si necesita asistencia en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede contactar al Defensor de Healthy Connections Prime. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 9.2: Los pasos siguientes para servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid

Si hizo una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Healthy Connections Medicaid y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. Si tiene preguntas después de su Apelación de nivel 2, contacte al Defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Este defensor le explicará sus opciones y siempre actuará para su beneficio.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia en un Tribunal administrativo (ALC). Si desea una audiencia en un ALC, comience por completar el formulario de "Solicitud de audiencia de caso impugnado" disponible en <http://www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf>. Debe presentar este formulario a más tardar 30 días después de haber recibido la notificación de la decisión de Nivel 2. Apelar tiene un cargo de \$25. Si no puede pagar este cargo, puede presentar una "Solicitud de excepción para pagar el cargo administrativo". Puede encontrar este formulario en <http://www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf>.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 206



Si está apelando una decisión de Nivel 2 tomada por audiencia, usted será responsable del costo de la transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro escrito de la audiencia. El costo de la transcripción es de aproximadamente \$16 por cada hora que la persona encargada tarde en escribir la transcripción.

Las reglas para apelar ante el ALC están en <http://www.scalc.net/rules.aspx>. Si no sigue las reglas, es posible que su apelación sea descartada.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 207

Sección 10: Cómo presentar una queja

¿Qué tipos de problemas deberían causar una queja?

El proceso de quejas se usa *solo* para algunos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y los servicios al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Quejas sobre calidad

- Si no está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas sobre privacidad

- Si le parece que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es *confidencial*.

Quejas sobre mal servicio al cliente

- Si un proveedor del cuidado de la salud fue grosero o le faltó al respeto.
- Si el personal de Absolute Total Care lo trató mal.
- Si cree que lo están sacando del plan.

Quejas sobre accesibilidad

- Si no puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de la salud y a las instalaciones en un consultorio médico o de un proveedor.
- Su proveedor no le ofrece adaptaciones razonables necesarias para usted, como un intérprete de idioma de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Si tiene problemas para obtener una cita o si esperó demasiado tiempo para obtenerla.
- Si los médicos, farmacéuticos, otros profesionales de la salud o Servicios para Afiliados u otros afiliados del personal del plan lo han hecho esperar demasiado tiempo.

Quejas sobre limpieza

De un vistazo: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna con nuestro plan y/o una queja externa con una organización que no tenga relación con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Afiliados o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección 10.2, en la página 210.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 208



- Si le parece que la clínica, hospital o consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso a idiomas

- Si su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

Quejas sobre nuestras comunicaciones

- Si le parece que no le dimos un aviso o carta que usted debió haber recibido.
- Si le parece que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la oportunidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límites para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Si le parece que después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor no estamos cumpliendo con las fechas límites para aprobar o darle el servicio o devolverle el pago por ciertos servicios médicos.
- Si le parece que no enviamos a tiempo su caso a la Entidad de revisión independiente.

El término legal para una "queja" es una "reclamación".

El término legal para "presentar una queja" es "presentar una reclamación".

¿Hay tipos diferentes de quejas?

Sí. Usted puede presentar una queja interna y/o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada con nuestro plan, quien la revisa. Para más información sobre quejas internas, lea la siguiente sección. Para más información sobre quejas externas, lea la Sección 10.2, en la página 211.

Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, usted puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime, al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 209



Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Afiliados al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que sea sobre un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **a más tardar 60 días calendario** después de tener el problema del que se quiere quejar.

- Servicios para Afiliados le dirá si hay alguna otra cosa que usted tenga que hacer.
- Usted también puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Absolute Total Care
Attn: Appeals & Grievances
7700 Forsyth Blvd.
Saint Louis, MO 63105

El término legal para “queja rápida” es “reclamación acelerada”.

Si es posible, le responderemos inmediatamente. Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada. Si su enfermedad nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas a más tardar en 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es por su bien o si usted pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más para responder a su queja. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque rechazamos su pedido de una decisión de “cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja a más tardar en 24 horas.
- Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o de apelaciones, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja a más tardar en 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o con toda su queja, se lo diremos y le daremos nuestros motivos. Le responderemos, ya sea que estemos de acuerdo con la queja o no.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 210



Sección 10.2: Quejas externas

Usted puede informar a Medicare sobre su queja

Usted puede enviar su queja a Medicare. El Formulario para presentar quejas a Medicare está disponible en: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare toma muy seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene comentarios o consultas, o si cree que el plan no está abordando el problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informar al Defensor de Healthy Connections Prime sobre su queja

Puede llamar al Defensor de Healthy Connections Prime para informarle sobre su queja. No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni un plan de salud. El teléfono del Defensor de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratis, al igual que los servicios. Para más información, también puede visitar www.healthyconnectionsprimeadvocate.com.

Usted puede presentar una queja en la Oficina de derechos civiles

Usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si le parece que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o sobre asistencia con el idioma. El teléfono de la Oficina de derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Usted también puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para encontrar más información.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 211



Usted también puede comunicarse con la Oficina local de derechos civiles en:

Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Teléfono: (800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697 (TDD)
Fax: (202) 619-3818

Usted también puede tener derechos bajo la Ley para estadounidenses incapacitados y bajo la ley estatal. Usted puede comunicarse con el Defensor de Healthy Connections Prime para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Usted puede presentar una queja ante la Organización para las mejoras de calidad

Si su queja es sobre la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente con la Organización para las mejoras de calidad (*sin* presentar la queja con nosotros).
- O puede presentar su queja ante nosotros **y** ante la Organización para las mejoras de calidad. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para las mejoras de calidad es un grupo de médicos en actividad y otros expertos en cuidado de salud, pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare.

En Carolina del Sur, la Organización para las mejoras de calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-844-455-8708 (TTY: 1-855-843-4776).

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 212



Capítulo 10: Cómo terminar su participación en nuestro plan de Medicare-Medicaid

Contenido

Introducción	214
A. ¿Cuándo puede terminar su participación en nuestro plan de Medicare-Medicaid?	214
B. ¿Cómo terminar su participación en nuestro plan?.....	214
C. ¿Cómo me inscribo en otro plan de Medicare-Medicaid?.....	215
D. Si deja de participar en nuestro plan y no quiere otro plan de Medicare-Medicaid ¿cómo recibirá los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid?.....	215
E. Usted seguirá recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación.....	217
F. Hay ciertas circunstancias en que terminará su participación	218
G. Nosotros <i>no podemos</i> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relativo a su salud	219
H. Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan	219
I. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan?	220

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 213

Introducción

En este capítulo hablamos sobre nuestro plan como un plan de Medicare-Medicaid. Le describimos las maneras cómo usted puede terminar su participación en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar el plan. Si usted sale de nuestro plan, todavía estará en los programas Medicare y Healthy Connections Medicaid, siempre que sea elegible.

A. ¿Cuándo puede terminar su participación en nuestro plan de Medicare-Medicaid?

Usted puede terminar su participación en Absolute Total Care de Medicare-Medicaid en cualquier momento. Su participación terminará el último día del mes en que recibamos su pedido de cambio de su plan. Por ejemplo, si recibimos su pedido el 18 de octubre, su cobertura con nuestro plan terminará el 31 de octubre. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente.

- Lea la tabla de la página 216 para información sobre las opciones de Medicare cuando deje nuestro plan.
- Lea la página 215 para información sobre sus servicios de Healthy Connections Medicaid cuando deje nuestro plan.

Éstas son algunas maneras de obtener información sobre cuándo usted puede terminar su participación:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.
- Llame al Programa de asistencia de seguros de salud del estado (SHIP) al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

B. ¿Cómo terminar su participación en nuestro plan?

Si decide terminar su participación, diga a Healthy Connections Medicaid o Medicare que quiere dejar Absolute Total Care:

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 214

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670; **O**
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY (personas sordas o con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Hay más información sobre cómo obtener servicios de Medicare cuando termine su participación en nuestro plan en la tabla de la página 215.

C. ¿Cómo me inscribo en otro plan de Medicare-Medicaid?

Si piensa seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos en un solo plan, usted puede unirse a otro plan de Medicare-Medicaid.

Para inscribirse en otro plan de Medicare-Medicaid:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. Dígales que desea dejar Absolute Total Care e inscribirse en otro plan de Medicare-Medicaid. Si no está seguro en qué plan quiere inscribirse, ellos le pueden explicar sobre otros planes que hay en su área.

Su cobertura de Absolute Total Care terminará el último día del mes en que recibamos su pedido.

D. Si deja de participar en nuestro plan y no quiere otro plan de Medicare-Medicaid ¿cómo recibirá los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid?

Si no quiere inscribirse en otro plan de Medicare y Medicaid después de dejar de participar en Absolute Total Care, usted volverá a obtener sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado.

Cómo recibirá servicios de Medicare

Podrá elegir cómo recibe sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su participación en nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 215

<p>1. Usted puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o Programas de cobertura total de salud para personas mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llame al Programa de asistencia de seguros de salud del estado (SHIP) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, SHIP se llama Programa de asistencia de consejería y referencias para personas mayores (I-CARE). <p>Su inscripción en Absolute Total Care se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>
<p>2. Usted puede cambiar a:</p> <p>Medicare original con un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llame al Programa de asistencia de seguros de salud del estado (SHIP) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, SHIP se llama programa de asistencia de consejería y referencias para personas mayores (I-CARE). <p>Su inscripción en Absolute Total Care se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare original y comience la cobertura del plan de medicamentos de receta.</p>

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 216

<p>3. Usted puede cambiar a:</p> <p>Medicare original <i>sin</i> un plan de medicamentos de receta por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Usted sólo debe abandonar la cobertura de medicamentos de receta si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o de otra fuente. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a SHIP al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llame al Programa de asistencia de seguros de salud del estado (SHIP) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, SHIP se llama Programa de asistencia de consejería y referencias para personas mayores (I-CARE). <p>Su inscripción en Absolute Total Care se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su Medicare original.</p>
--	---

Cómo recibirá servicios de Healthy Connections Medicaid

Si usted deja nuestro plan, usted recibirá sus servicios de Healthy Connections Medicaid a través de cobro por servicio. Ésta es la forma en que la mayoría de la gente recibió sus servicios de Medicaid antes de inscribirse en Absolute Total Care.

Sus servicios de Healthy Connections Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y respaldos a largo plazo y de cuidados de salud mental.

Si usted deja nuestro plan, usted podrá ver a cualquier proveedor que acepte Healthy Connections Medicaid.

E. Usted seguirá recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación

Si usted deja Absolute Total Care, podría pasar algún tiempo antes de que termine su participación y que comience su cobertura nueva de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Lea la página 218 para obtener más información. Durante este período de tiempo, usted seguirá recibiendo su cuidado de salud y medicamentos a través de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 217

- **Usted deberá usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.**
Normalmente, sus medicamentos de receta están cubiertos solamente si los surte en una farmacia de la red incluyendo nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si usted está hospitalizado el día en que termine su participación, generalmente su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta.** Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.

F. Hay ciertas circunstancias en que terminará su participación

Estos son los casos en los que Absolute Total Care deberá terminar su participación en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted ya no es elegible para Healthy Connections Medicaid. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Healthy Connections Medicaid. Usted será desafiliado el primer día del siguiente mes que sigue desde que perdió su elegibilidad para Healthy Connections Medicaid.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - » Si se muda o se va por un viaje largo, usted tiene que llamar a Servicios para Afiliados para averiguar si el lugar a dónde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si entra en algún hogar de cuidados para personas mayores o institución de enfermería especializada fuera del área de servicio del plan y vive ahí durante más de seis meses.
- Si va a la cárcel o prisión por algún delito criminal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos de receta.
- Si usted no es ciudadano de Estados Unidos o no está presente legalmente en los Estados Unidos.

Usted debe ser ciudadano de Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser participante de nuestro plan. Los Centros para servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no es elegible para seguir como participante en estas condiciones. Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 218

Podremos hacer que usted deje nuestro plan por los siguientes motivos, solamente, si primero recibimos permiso de Medicare y Healthy Connections Medicaid:

- Si usted nos da información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted se comporta continuamente de manera perjudicial y nos dificulta proporcionarle cuidado médico a usted y otros afiliados de nuestro plan.
- Si deja que alguien más use su Tarjeta de identificación de afiliado para obtener cuidados médicos.
 - » Si terminamos su participación por este motivo, Medicare podría pedir que el Inspector general investigue su caso.

G. Nosotros *no podemos* pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relativo a su salud

Si le parece que se le ha pedido dejar nuestro plan por algún motivo relativo a su salud, usted deberá llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, siete días de la semana. Usted debe llamar también al Defensor primario de Healthy Connections, al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

H. Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan

Si terminamos su participación en nuestro plan, debemos darle nuestros motivos por escrito. También debemos explicarle cómo usted puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de terminar su participación. Usted puede también leer en el Capítulo 9, Sección 10, página 208 la información sobre cómo presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 219

I. ¿Dónde puede obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan?

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su participación, usted puede llamar a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 220

Capítulo 11: Avisos legales

Contenido

A. Aviso sobre las leyes.....	222
B. Aviso sobre no discriminación.....	222
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	223

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 221

A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas Medicare y Healthy Connections Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y del estado.

B. Aviso sobre no discriminación

Toda compañía o agencia que trabaje con Medicare y Healthy Connections Medicaid debe obedecer la ley. No puede recibir un trato diferente por su edad, experiencia de reclamaciones, color, credo, etnia, certificado de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión o sexo. Si le parece que no se le trató justamente por cualquiera de estos motivos, llame a la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Usted también puede ir a <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

Aviso de no discriminación. Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan) cumple con leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Absolute Total Care no excluye a personas ni las trata diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Absolute Total Care: → Proporciona soportes y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, tales como intérpretes calificados en el lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

→ Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo primera lengua no es inglés, como intérpretes calificados e información por escrito en otros idiomas.

Si usted necesita alguno de estos servicios, llame a Servicios para Afiliados de Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 222

Si cree que Absolute Total Care no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra forma basándose en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, usted puede presentar un reclamo llamando al número telefónico mencionado arriba y comunicándoles que necesita asistencia para presentar un reclamo; Servicios para Afiliados de Absolute Total Care está disponible para asistirle.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electrónicamente a través de la Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

Formularios para presentar una queja están a su disposición en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces alguna otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación laboral tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare si Medicare no es el pagador primario.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 223

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Actividades de la vida diaria: Lo que hace la gente en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Agencia de Medicaid del estado: El Departamento de salud y servicios humanos (Department of Health and Human Services) de South Carolina (SCDHHS) está designado como la única agencia del estado para la administración del programa Medicaid en South Carolina (llamado “Healthy Connections Medicaid”). SCDHHS es una agencia a nivel de ministerio, bajo el control del gobernador del estado de South Carolina. (Capítulo 1, Sección B, página 4).

Apelación: Una manera formal de cuestionar nuestra decisión si le parece que hemos cometido un error. Puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El Capítulo 9, Sección 4, página 160 explica las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación. (Capítulo 2, Sección A, página 16).

Área de servicio: Un área geográfica en el que un plan de salud acepta afiliados. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede usar, generalmente también es el área a donde puede ir para obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven dentro del área de servicio pueden obtener Absolute Total Care. (Capítulo 1, Sección D, página 6).

Asistente de salud en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo para bañarse, ir al baño, vestirse o hacer el ejercicio que ordene un proveedor). Los asistentes de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamientos. (Capítulo 4, Sección D, página 49).

Audiencia imparcial: Una oportunidad para que usted describa su problema en un tribunal y demuestre que una decisión que se tomó está equivocada. (Capítulo 9, Sección 5.4, página 172).

Autorización previa: Aprobación necesaria para poder obtener ciertos servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen autorización previa de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el cuadro de beneficios del Capítulo 4, Sección D. Algunos medicamentos están cubiertos solamente si obtiene autorización previa de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*. (Capítulo 3, Sección B, página 29).

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 224



Ayuda adicional: Un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a pagar medicamentos de receta de Medicare Parte D. La Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”. (Capítulo 6, Introducción, página 117).

Ayuda pagada en espera: Usted puede seguir recibiendo sus servicios aprobados anteriormente mientras esté esperando una decisión sobre una apelación de Nivel 1 (y en el caso de un servicio de Healthy Connections Medicaid, mientras usted espera una decisión sobre una apelación de Nivel 2). Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada en espera”. Para más información lea el Capítulo 9, Sección 5.3, página 167. Por favor llame a Servicios para Afiliados al número anotado al pie de la página si tiene alguna otra pregunta.

Cancelación de inscripción: El proceso de terminar su participación en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida). (Capítulo 1, Sección E, página 7).

Centro de cirugía ambulatoria: Una institución que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado en hospital y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado en la institución. (Capítulo 4, Sección D, página 49).

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2, Sección F, página 24 explica cómo comunicarse con CMS.

Coordinador de cuidados: La persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con los proveedores que le dan cuidados, para asegurarse de que usted obtenga el cuidado que necesita. (Capítulo 1, Sección C, página 5).

Copago: Una cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que usted recibe un servicio. Por ejemplo, usted podría pagar \$2 o \$5 por un servicio (Capítulo 4, Sección A, página 47).

Costo compartido: Cantidades que usted tiene que pagar cuando usted recibe servicios o medicamentos. Costo compartido incluye copagos y coseguro. (Capítulo 1, Sección J, página 9).

Costos de bolsillo: El requisito de costo compartido en el que los afiliados pagan parte de los servicios o medicamentos que obtienen es conocido también como requisito de costo “de bolsillo”. Lea la definición de “costo compartido” arriba. (Capítulo 4, Sección A, página 47).

Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica. (Capítulo 3, Sección H, página 38).

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 225



Cuidado de instituciones de enfermería especializada: (SNF): Cuidado y rehabilitación de enfermería especializada que se proporcionan de manera continua y diaria en una institución de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidados de institución de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico. (Capítulo 4, Sección D, página 49).

Cuidado necesario de urgencia: Cuidado que obtiene por una enfermedad, lesión repentina que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Puede obtener cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o si no puede llegar a ellos. (Capítulo 3, Sección H, página 38).

Decisión de cobertura: Una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos y la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9, Sección 5.2, página 165 y Sección 6.4 (página 182) explica cómo pedimos una decisión de cobertura. (Capítulo 2, Sección A, página 16).

Determinación de la organización: El plan tomó una determinación de la organización cuando el plan, o uno de sus proveedores, toman una decisión en relación a la cobertura de servicios o cuánto tiene que pagar por servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización son llamadas “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9, Sección 5.2, página 165 y Sección 6.4, página 182 explica cómo pedimos una decisión de cobertura. (Capítulo 9, Sección 4, página 160).

Emergencias: Una emergencia médica es cuando usted o una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, encontraría que usted tiene síntomas médicos que necesitan cuidado médico inmediato para evitar la muerte, la pérdida de alguna parte del cuerpo o la pérdida de la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso. (Capítulo 3, Sección H, página 38).

Entidad de revisión independiente (IRE): Una organización contratada por Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) para realizar una revisión de apelaciones de Nivel 2, por un servicio o artículo cubierto por Medicare únicamente o por Medicare y Health Connections Medicaid juntos. Si Absolute Total Care niega su aprobación para tal servicio o artículo, durante una apelación de Nivel 1 del afiliado, la apelación de la negativa se envía a IRE para que realicen una revisión de Nivel 2. IRE no está ligada a Absolute Total Care y no es una agencia del gobierno. Por favor lea más información sobre las apelaciones de Nivel 2 en el Capítulo 9, Secciones 5.4 (página 172) y 6.6 (página 189). (Capítulo 9, Sección 5.4, página 172).

Equipo de cuidados: Un equipo de cuidados puede incluir médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales de la salud que están ahí para ayudarle a obtener los cuidados que necesite. Usted es un afiliado importante del equipo de cuidados y también puede incluir otros familiares o amigos. (Capítulo 1, Sección C, página 5).

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 226



Equipo médico duradero: Algunos artículos que su médico ordena para que usted use en su propia casa. Ejemplos de estos elementos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de camas eléctricas, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores. (Capítulo 3, Sección L, página 45).

Especialista: Un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad o una parte específica del cuerpo. (Capítulo 3, Sección D, página 32).

Evaluación completa: Una revisión con el fin de obtener una visión más profunda de sus necesidades médicas y sociales y sus capacidades. Obtendremos esta información de usted, sus proveedores y familiares o personas que le cuiden, cuando sea apropiado. Esta evaluación la realizarán profesionales de la salud certificados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y coordinadores de cuidados. (Capítulo 1, Sección F, página 8).

Examen inicial de salud: Una revisión del historial médico del paciente y sus condiciones actuales. Se usa para averiguar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro. (Capítulo 1, Sección F, página 8).

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. (Capítulo 5, Sección D, página 108).

Facturación incorrecta/inadecuada: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de costo compartido del plan por sus servicios. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado de Absolute Total Care cuando obtenga servicios o recetas. Llame a Servicios para Afiliados si recibe facturas que no entiende. Como afiliado de Absolute Total Care, solo tiene que pagar los montos de costo compartido del plan al recibir servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que proveedores le facturen más que este monto. (Capítulo 4, Sección D, página 49)

Farmacia de la red: Una farmacia que ha aceptado surtir recetas de afiliados de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas sólo si usted las surte en una de nuestras farmacias de la red. (Capítulo 1, Sección J, página 9).

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar para nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones. (Capítulo 5, Sección A, página 101).

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 227



Healthy Connections Medicaid: El programa de Medicaid de South Carolina. Lea la definición de "Medicaid" de abajo para obtener más información. (Capítulo 1, Sección B, página 4).

Healthy Connections Prime: Un programa de demostración, administrado de manera conjunta por South Carolina y el gobierno federal, para proporcionar mejor cuidados de salud a las personas que tienen Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos. (Capítulo 1, Sección A, página 4).

Hogar para personas mayores o institución de enfermería: Un lugar que da cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar pero que no necesiten estar en el hospital. (Capítulo 4, Sección D, página 49).

Hospicio: Un programa de cuidados y respaldo para personas con pronósticos médicos terminales, para ayudarles a vivir cómodamente. Un pronóstico médico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Una persona que tenga un pronóstico médico terminal tiene derecho a elegir hospicio. Un equipo de profesionales y cuidadores con capacitación especial, ofrecen atención para la "persona completa", que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Absolute Total Care deberá darle a usted una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica. (Capítulo 4, Sección D, página 49).

Ingresos de seguridad complementarios (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más de edad. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Institución de enfermería especializada (SNF): Un hogar de enfermería con personal y equipo que da cuidados de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados. (Capítulo 4, Sección D, página 49).

Institución de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): Una institución que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico. (Capítulo 2, Sección E, página 23).

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta. (Capítulo 5, Sección C, página 107).

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 228



Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos de receta cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le dice si hay reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama “formulario”. (Capítulo 1, Sección J, página 9).

Manual del afiliado y divulgación de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los adjuntos, cláusulas adicionales u otros documentos seleccionados de cobertura opcionales, que explican su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como afiliado de nuestro plan. (Página de título, página 1).

Medicaid (o Medical Assistance): Un programa operado por los gobiernos federal y del estado, que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar servicios y respaldos a largo plazo y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura de Medicare. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid. Lea el Capítulo 2, Sección G, página 25 si quiere información para comunicarse con Medicaid en su estado. (Capítulo 1, Sección B, página 4).

Médicamente necesario: Servicios que son razonables y necesarios:

- Para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión, **o**
- Para mejorar el funcionamiento de un afiliado deformado del cuerpo, **o**
- De alguna otra manera necesarios de acuerdo con las leyes de Medicare.

De acuerdo con las leyes y reglamentos de Healthy Connections Medicaid, los servicios son médicamente necesarios si:

- Son esenciales para prevenir, diagnosticar o evitar el empeoramiento, aliviar, corregir o curar condiciones médicas que pongan en peligro la vida, causen dolor y sufrimiento, causen deformaciones o disfunciones físicas, amenacen con causar o agravar una discapacidad o tener como resultado una enfermedad, **y**
- Son proporcionados en una institución apropiada al nivel de cuidados apropiado, para el tratamiento de su condición médica, **y**
- Son proporcionados de acuerdo con los estándares de práctica médica aceptados de manera general. (Capítulo 3, Sección B, página 29).

Medicamento de marca: Un medicamento de receta que fabrica y vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos están hechos por otras compañías farmacéuticas. (Capítulo 5, Sección B, página 105).

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 229



Medicamento genérico: Un medicamento de receta aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Normalmente es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca. (Capítulo 5, Sección B, página 105).

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para describir todos los medicamentos de receta cubiertos por nuestro plan. (Capítulo 1, Sección J, página 9).

Medicamentos de la Parte D: Lea “Medicamentos de Medicare Parte D.”

Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos que pueden tener cobertura de Medicare Parte D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Healthy Connections Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos. (Capítulo 2, Sección A, página 16).

Medicare original (Medicare tradicional o Medicare de cobro por servicio): El gobierno ofrece Medicare original. Bajo Medicare original, sus servicios están cubiertos pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud las cantidades que fija el Congreso. Puede visitar a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Medicare original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Medicare original está disponible en todos los Estados Unidos. Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare original. (Capítulo 3, Sección L, página 45).

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayoría del cuidado médicamente necesario de hospital, institución de enfermería especializada, salud en el hogar y residencia para enfermos terminales. (Capítulo 3, Sección K, página 44).

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio y consultas a médicos) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) médicamente necesarios para tratar una enfermedad. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes. (Capítulo 4, Sección D, página 49).

Medicare Parte C: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado Plan Medicare Advantage.

Medicare Parte D: El programa de beneficios para medicamentos de receta de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos de receta, vacunas y algunos suministros para pacientes externos que no tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, ni de Healthy Connections Medicaid. Absolute Total Care incluye Medicare parte D. (Capítulo 1, Sección J, página 9).

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 230



Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, los menores de 65 años con determinadas discapacidades y los que padecen de enfermedad de los riñones en etapa terminal (por lo general, esto significa quienes tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de cuidado de salud Medicare a través de Medicare Original o un plan de cuidados administrados (lea “Plan de salud”). (Capítulo 1, Sección B, página 4).

Afiliado (afiliado de nuestro plan o afiliado del plan): Una persona que tiene Medicare y Healthy Connections Medicaid y es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado. (Capítulo 1, Sección E, página 7).

Afiliado de Medicare-Medicaid: Una persona elegible para cobertura de Medicare y de Healthy Connections Medicaid. Un afiliado de Medicare-Medicaid también se llama “beneficiario doblemente elegible”. (Capítulo 1, Sección A, página 4).

Modelo de cuidado: El modelo estructurado e integrado utilizado por Absolute Total Care para entregar servicios y asegurar que la atención médica sea coordinada apropiadamente entre proveedores, farmacias y nuestro equipo de coordinación de cuidados.

Nivel: Un nivel es grupo de medicamentos, generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos, o de venta libre). (Capítulo 5, Sección B, página 105).

Ombudsman: Una oficina en su estado que le ayuda si tiene problemas con nuestro plan. Los servicios del Ombudsman son gratuitos. El defensor de Healthy Connections Prime es el ombudsman para las personas inscritas en Health Connections Prime. Por favor lea en el Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con el Healthy Connections Prime Advocate. (Capítulo 2, Sección I, página 27).

Organización de cuidados coordinados e integrados (CICO): Otro nombre para un plan de Medicare-Medicaid.

Organización de mejora de la calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Lea el Capítulo 2, Sección E, página 25 si quiere información para comunicarse con la QIO por su estado. (Capítulo 2, Sección E, página 23.)

Paciente interno: Un término utilizado cuando usted ha sido internado formalmente en el hospital, para recibir servicios médicos certificados. Si no fue internado formalmente, podría

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 231



aún ser considerado como paciente externo y no como paciente interno, aunque pase la noche en el hospital. (Capítulo 4, Sección D, página 49.)

Parte A: Lea “Medicare Parte A.”

Parte B: Lea “Medicare Parte B.”

Parte C: Lea “Medicare Parte C.”

Parte D: Lea “Medicare Parte D.”

Plan de cuidados: Un plan para los servicios de salud que usted recibirá y cuándo los recibirá. (Capítulo 1, Sección G, página 9.)

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinador de cuidados, quienes le ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para darle la atención que usted necesite. (Capítulo 4, Sección A, página 47.)

Prótesis y ortóticos: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidado de salud. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, arneses para brazos, espalda y cuello; afiliados artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluyendo suministros de ostomía y terapia de nutrición entérica o intravenosa. (Capítulo 4, Sección D, página 49.)

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan servicios y cuidado de salud. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le dan servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo. Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de cuidado de salud. Les llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros afiliados una cantidad adicional. Mientras usted sea afiliado de nuestro plan, usted debe usar los proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores también son llamados “proveedores del plan”. (Capítulo 1, Sección J, página 9.)

Proveedor fuera de la red o Institución fuera de la red: Un proveedor o institución que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. En el Capítulo 3, Sección D, página 32 se explican los proveedores o instituciones fuera de la red. (Capítulo 3, Sección D, página 32.)

Proveedor personal (PCP): Su proveedor personal es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Esta persona se

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 232



asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse sano. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre sus cuidados y le da preautorizaciones para verles. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor personal antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de salud. Lea el Capítulo 3, Sección D, página 32 si quiere información sobre cómo recibir atención de proveedores personales.

Queja: Una declaración escrita o de palabra que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios cubiertos o su cuidado. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de la red. El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar un reclamo”. (Capítulo 2, Sección A, página 16.)

Reclamo: Una queja que usted hace sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o de las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su cuidado. (Capítulo 9, Sección 1.2, página 156.)

Red: Una lista de proveedores aprobados por Absolute Total Care para utilizar al buscar su atención médica o servicios de farmacia. (Capítulo 1, Sección J, página 9.)

Servicios cubiertos: El término general que usamos cuando hablamos de todo el cuidado de salud, los servicios y respaldos a largo plazo, los suministros, los medicamentos de receta y de venta libre, equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan. (Capítulo 3, Sección A, página 29.)

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo el nuestro, deben cubrir todos los servicios que cubre Medicare Parte A y Parte B. (Capítulo 4, Sección D, página 49.)

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que obtiene para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Lea el Capítulo 4, Sección D, página 49 para conocer más sobre servicios de rehabilitación. (Capítulo 4, Sección D, página 49.)

Servicios para Afiliados: Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su participación, beneficios, quejas y apelaciones. Lea el Capítulo 2, Sección A, página 16 y al pie de la página si quiere información sobre cómo comunicarse con Servicios al afiliado.

Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS): Los servicios y respaldos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudarán a mantenerse en su hogar, para que no tenga que ir a un hogar de cuidados para personas mayores o a un hospital. (Capítulo 2, Sección B, página 19.)

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Lea “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 233



Tratamiento progresivo: Una regla de cobertura que le exige que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo. (Capítulo 5, Sección D, página 107.)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Absolute Total Care al 1-855-735-4398 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <http://mmp.absolutetotalcare.com>. 234



Servicios para Afiliados de Absolute Total Care

POR TELÉFONO	<p>1-855-735-4398</p> <p>Las llamadas a este teléfono son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.</p> <p>Servicios para Afiliados también tiene servicio de intérpretes gratuito, para las personas que no hablen inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es para personas que tienen problemas para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este teléfono son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.</p>
POR FAX	<p>1-866-719-5435</p>
POR CORREO	<p>Absolute Total Care 1441 Main Street, Suite 900 Columbia, SC 29201</p>
SITIO WEB	<p>http://mmp.absolutetotalcare.com</p>