

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

Desde el 1.º de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020

Su cobertura de salud y medicamentos conforme al plan de Medicare-Medicaid Absolute Total Care

Introducción al *Manual del Afiliado*

Este manual detalla su cobertura conforme a Absolute Total Care hasta el 31 de diciembre de 2020. Explica los servicios de atención de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos que requieren receta médica, y los servicios y apoyo a largo plazo. Los servicios y apoyo a largo plazo le proporcionan la ayuda que necesita, ya sea que reciba los servicios en el hogar o en una casa de reposo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

El plan Absolute Total Care es ofrecido por Absolute Total Care. En este *Manual del Afiliado*, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a Absolute Total Care. Utilizaremos las palabras “plan” o “nuestro plan” para referirnos a Absolute Total Care.

ATTENTION: If you speak English, 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.

Puede obtener este documento en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que figura en la parte inferior de la página. La llamada es gratuita.

Para recibir siempre este documento y otros materiales en otro idioma o formato, en la actualidad y en el futuro, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Si luego desea cambiar su elección de idioma o formato, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

EOC043371SP00

H1723_001



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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

❖ **Manual del Afiliado de Absolute Total Care (plan de Medicare-Medicaid) para 2020**
Índice

| | |
|--|-----|
| ❖ Capítulo 1: Comenzar como afiliado | 4 |
| ❖ Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes | 15 |
| ❖ Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios de atención de salud y otros servicios cubiertos..... | 29 |
| ❖ Capítulo 4: Tabla de Beneficios | 50 |
| ❖ Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan | 104 |
| ❖ Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Healthy Connections Medicaid | 125 |
| ❖ Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos | 133 |
| ❖ Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades | 139 |
| ❖ Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas) | 158 |
| ❖ Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan de Medicare-Medicaid | 214 |
| ❖ Capítulo 11: Avisos legales..... | 222 |
| ❖ Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes | 225 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Descargo de responsabilidad

- ❖ Absolute Total Care (plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Healthy Connections Medicaid de South Carolina para brindarles beneficios de ambos planes a las personas inscritas.
- ❖ Los proveedores que no pertenecen a la red o no tienen contrato con nosotros no tienen ninguna obligación de tratar a los afiliados de Absolute Total Care, a excepción de las situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Servicios al Afiliado o consulte el *Manual del Afiliado* para obtener más información, incluido el costo compartido que corresponde a los servicios fuera de la red.
- ❖ La cobertura conforme a Absolute Total Care es una cobertura de salud calificada denominada “cobertura esencial mínima” y 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 Servicio de Rentas Internas, www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Capítulo 1: Comenzar como afiliado

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Absolute Total Care, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, y su afiliación al plan. También le explica qué debe esperar y qué información adicional le enviará Absolute Total Care. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

| | | |
|----|---|----|
| A. | Bienvenido a Absolute Total Care | 5 |
| B. | Información sobre Medicare y Medicaid | 5 |
| | B1. Medicare | 5 |
| | B2. Medicaid | 5 |
| C. | Ventajas de este plan | 6 |
| D. | Área de servicio de Absolute Total Care..... | 7 |
| E. | Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan | 8 |
| F. | Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez..... | 9 |
| G. | Su plan de atención..... | 10 |
| H. | Prima mensual del plan Absolute Total Care..... | 10 |
| I. | <i>Manual del Afiliado</i> | 10 |
| J. | Información adicional que le enviaremos..... | 11 |
| | J1. Su tarjeta de identificación de afiliado al Absolute Total Care | 11 |
| | J2. <i>Directorio de Farmacias y Proveedores</i> | 11 |
| | J3. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> | 13 |
| | J4. <i>Explicación de Beneficios</i> | 13 |
| K. | Cómo mantener actualizado su registro de afiliación..... | 14 |
| | K1. Privacidad de la información médica personal | 14 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



A. Bienvenido a Absolute Total Care

Absolute Total Care es un plan de Medicare-Medicaid que forma parte del programa Healthy Connections Prime. Un plan de Medicare-Medicaid es una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarlo a coordinar servicios y proveedores. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Absolute Total Care fue aprobado por el estado de South Carolina y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS) para brindarle servicios como parte de Healthy Connections Prime.

Healthy Connections Prime es un programa de demostración gestionado conjuntamente por South Carolina y el gobierno federal para ofrecer una mejor atención de salud a las personas que cuentan con Medicare y Medicaid. Con esta iniciativa, el estado y el gobierno federal quieren probar nuevas formas de mejorar la manera en la que usted recibe los servicios de atención de salud de Medicare y Medicaid.

B. Información sobre Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para quienes reúnen los siguientes requisitos:

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

B2. Medicaid

Medicaid es un programa gestionado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo, y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare. En South Carolina, Medicaid se denomina Healthy Connections Medicaid.

Cada estado decide lo siguiente:

- qué cuenta como ingresos y recursos;
- quién reúne los requisitos;
- qué servicios están cubiertos;
- cuál es el costo de estos servicios.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas, siempre y cuando sigan las normas federales.

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

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

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

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid de Absolute Total Care, incluidos los medicamentos que requieren receta médica. **No tiene que pagar un adicional para inscribirse en este plan de salud.**

Absolute Total Care lo ayudará a aprovechar al máximo sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Las siguientes son algunas ventajas:

- Podrá usar un **único** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Tendrá un equipo de atención que usted ayudó a armar. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están para ayudarlo a recibir la atención que usted necesita.
- Tendrá acceso a un coordinador de atención. Esa es la persona que trabaja con usted, con Absolute Total Care y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
- Podrá controlar su propia atención con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- El equipo de atención y el coordinador de atención trabajarán con usted para establecer un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención estará a cargo de la coordinación de los servicios que usted necesita. Los siguientes son algunos ejemplos de lo que este equipo puede hacer:
 - Se asegurará de que los médicos estén al tanto de todos los medicamentos que toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario ocasionado por estos medicamentos.
 - Se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con sus médicos y otros proveedores.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



D. Área de servicio de Absolute Total Care

Nuestra área de servicio incluye estos condados de South Carolina:

Región norte:

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



Región costera:

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



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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio se pueden inscribir en Absolute Total Care.

Si se muda fuera del área de servicio, ya no podrá permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección J, página 155, para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan

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

- Viva en nuestra área de servicio.
- Tenga 65 años o más en el momento de la inscripción.
- Tenga Medicare Parte A, Parte B y Parte D.
- Reúna los requisitos para todos los beneficios de Healthy Connections Medicaid.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga residencia legal en los Estados Unidos.

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

- Es parte de la población de reducción de gastos de Healthy Connections Medicaid.
- Tiene un seguro integral de terceros.
- Vive en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (por sus siglas en inglés, ICF/IID) o en un centro de enfermería en el momento de la determinación de la elegibilidad.
- Participa en un programa de cuidado de enfermos terminales o recibe servicios para la enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD) en el momento de la determinación de la elegibilidad.
- Participa en un programa de exenciones de atención a largo plazo de la comunidad que no sean las exenciones de Community Choices, VIH/sida o ventilación mecánica.

Podrá elegir **inscribirse o permanecer en Absolute Total Care** en los siguientes casos:

- Está inscrito actualmente en el plan Medicare Advantage o en el Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE). Al inscribirse en Healthy Connections Prime, automáticamente se cancelará su suscripción al programa actual y a cualquier plan Medicare Parte D.
- Se traslada de un centro de enfermería o un ICF/IID de la comunidad.
- Ya está inscrito en este plan, pero luego ingresa a un centro de enfermería.
- Está afiliado a este plan, pero se inscribe en un programa de cuidado de enfermos terminales o empieza a cumplir con los requisitos para recibir servicios para tratar la ESRD.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

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

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

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

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

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

Muchos de sus médicos y otros proveedores ya están en nuestra red, pero, en caso de que no sea así, después de 180 días en nuestro plan, deberá consultar a médicos y proveedores de nuestra red. Podemos ayudarlo a realizar la transición a un proveedor de la red en menos de 180 días después de completar la evaluación integral y desarrollar un plan de transición, solo si usted acepta. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección A, página 31, para obtener más información sobre cómo recibir atención.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



G. Su plan de atención

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

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

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

H. Prima mensual del plan Absolute Total Care

Absolute Total Care no tiene una prima mensual.

I. *Manual del Afiliado*

Este *Manual del Afiliado* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas establecidas en este documento. Si cree que hemos procedido de alguna manera que no cumpla con estas reglas, puede presentar una apelación o cuestionar nuestro proceder. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección 4.2, página 164, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para pedir un *Manual del Afiliado*, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-735-4398 (TTY: 711). También puede ver el *Manual del Afiliado* en mmp.absolutetotalcare.com o descargarlo desde este sitio web.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en Absolute Total Care, entre el 1.º de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



J. Información adicional que le enviaremos

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación de afiliado al Absolute Total Care, información sobre cómo tener acceso al *Directorio de Farmacias y Proveedores* y a una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación de afiliado al Absolute Total Care

Con nuestro plan, tendrá una tarjeta para los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo y las recetas médicas. Debe mostrar esta tarjeta para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. Esta es una muestra de la tarjeta para que vea cómo será la que recibirá:

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
|  | | <p>Carry this card with you at all times and present it each time you receive a service from your doctor, pharmacy, dentist, etc.</p> | | |
| <p>Member Name: <John Doe> Member ID: <CXXXXXXXXXX> Health Plan (80840):</p> | <p>Member Services: <1-855-735-4398 (TTY: 711)> Behavioral Health: <1-855-735-4398 (TTY: 711)> Pharmacy Help Desk: <1-888-865-6567> 24-Hr Nurse Line: <1-855-735-4398 (TTY: 711)> Pharmacy Prior Auth: <1-800-867-6564> Website: <https://mmp.absolutetotalcare.com></p> | | | |
| <p>PCP Name: <Dr. Jane Doe> PCP Phone: <987-654-3210></p> | <p>Medicare <small>Prescription Drug Coverage</small></p> <p>RxBIN: <004336> RxPCN: <MEDDADV> RxGRP: <RX8143></p> | <p>Send Claims To:</p> <table border="0"> <tr> <td><Medical Claims: Absolute Total Care (MMP) P.O. Box 3060 Farmington, MO 63640-4402</td> <td><Pharmacy Claims: Absolute Total Care (MMP) P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741></td> </tr> </table> | <Medical Claims: Absolute Total Care (MMP) P.O. Box 3060 Farmington, MO 63640-4402 | <Pharmacy Claims: Absolute Total Care (MMP) P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741> |
| <Medical Claims: Absolute Total Care (MMP) P.O. Box 3060 Farmington, MO 63640-4402 | <Pharmacy Claims: Absolute Total Care (MMP) P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741> | | | |
| <p>MEMBER CANNOT BE CHARGED Cost sharing/Copays: \$0 for covered medical and Rx services H1723 001</p> | | <p>Claims Inquiry: <1-855-735-4398 (TTY: 711)></p> | | |

Si su tarjeta se daña o se pierde, o si se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios al Afiliado y le enviaremos una nueva.

Mientras esté afiliado a nuestro plan, no tendrá que utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la tarjeta de Healthy Connections Medicaid para obtener los servicios. Conserve esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de afiliado al Absolute Total Care, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a nuestro plan, y usted puede recibir una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, página 134, para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de Farmacias y Proveedores

En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se detallan todos los proveedores y las farmacias de la red de Absolute Total Care. Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez (consulte la página 9).

Para pedir un *Directorio de Farmacias y Proveedores*, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al número que figura en la parte inferior de la página. También puede ver el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en nuestro sitio web que figura en la parte inferior de la página o descargarlo desde el sitio web.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de Absolute Total Care incluyen los siguientes:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud que usted puede visitar como afiliado a nuestro plan.
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud de nuestro plan.
 - Agencias de cuidado de la salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero, proveedores de servicios de exención, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, y otros que ofrecen artículos y servicios que se obtienen a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.

Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan y los costos compartidos por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas médicas para los afiliados a nuestro plan. Use el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para buscar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto que se trate de una emergencia, usted debe surtir sus recetas médicas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlas.

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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. En esta se indican qué medicamentos que requieren receta médica están cubiertos por Absolute Total Care.

También le informa si existe alguna regla o restricción para algún medicamento, como el límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, página 113, para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Todos los años, le enviaremos información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos*, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, visite nuestro sitio web o llame al Departamento de Servicios al Afiliado, podrá encontrar los detalles de acceso y contacto en la parte inferior de la página.

J4. Explicación de Beneficios

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

La *Explicación de Beneficios* le informa el monto total que usted, u otras personas en su nombre, ha gastado en medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, y el monto total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. El Capítulo 6 tiene más información sobre la *Explicación de Beneficios* y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible una *Explicación de Beneficios* si lo solicita. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación

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

Las farmacias y los proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta, **ya que utilizan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán**. La mayoría de los servicios son gratuitos, pero es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales.
- Cualquier reclamo de responsabilidad, por ejemplo, reclamos por un accidente automovilístico.
- La admisión en un hospital o un centro de enfermería.
- La atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted).
- La participación en un estudio de investigación clínica.

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

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

K1. Privacidad de la información médica personal

La información que aparece en su registro de afiliación puede incluir información médica personal (por sus siglas en inglés, PHI). Las leyes nos exigen que conservemos la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de proteger su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección C, página 142.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo proporciona información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a responder las preguntas que tenga sobre Absolute Total Care y sus beneficios de atención de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas que puedan ayudarlo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

| | | |
|-----|--|----|
| A. | Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Absolute Total Care | 16 |
| A1. | Cuándo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado | 16 |
| B. | Cómo comunicarse con el coordinador de atención | 20 |
| B1. | Cuándo comunicarse con el coordinador de atención | 20 |
| C. | Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras | 22 |
| C1. | Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras | 22 |
| D. | Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud | 23 |
| D1. | Cuándo comunicarse con I-CARE | 23 |
| E. | Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad..... | 24 |
| E1. | Cuándo comunicarse con KEPRO | 24 |
| F. | Cómo comunicarse con Medicare | 25 |
| G. | Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid | 26 |
| H. | Cómo comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime | 27 |
| I. | Cómo comunicarse con la Defensoría de Atención a Largo Plazo de South Carolina | 28 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Absolute Total Care

| | |
|-------------------------------|---|
| POR TELÉFONO | <p>1-855-735-4398. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es 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.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan español.</p> |
| TTY | <p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 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.</p> |
| POR FAX | 1-866-719-5435 |
| POR CORREO | <p>Absolute Total Care 1441 Main Street, Suite 900 Columbia, SC 29201</p> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | ATC_SC_MMP@centene.com |
| SITIO WEB | mmp.absolutetotalcare.com |

A1. Cuándo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de identificación de afiliados.
- Decisiones de cobertura sobre la atención de salud.
 - Una decisión de cobertura sobre la atención de salud es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos;
 - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con la atención de salud.
 - Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 164.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Apelaciones sobre la atención de salud.
 - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura, y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4.2, página 164.
- Quejas sobre la atención de salud.
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluso sobre un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección F a continuación, en la página 25).
 - Si la queja es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención de salud, puede presentar una apelación (consulte la sección que aparece más arriba).
 - Puede enviar una queja sobre Absolute Total Care directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con la atención de salud, consulte el Capítulo 9, Sección 3.1, página 163.
- Decisiones de cobertura sobre los medicamentos.
 - Una decisión de cobertura sobre medicamentos es una decisión relacionada con lo siguiente:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos;
 - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a los medicamentos que requieren receta médica de Medicare, los medicamentos que requieren receta médica de Healthy Connections Medicaid y los medicamentos de venta libre de Healthy Connections Medicaid.
 - Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9, Sección 5.2, página 168.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Apelaciones sobre los medicamentos.
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos que requieren receta médica. En su mayoría, son medicamentos de la Parte D. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Healthy Connections Medicaid puede cubrir. Los medicamentos que no están en la parte D se incluyen en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* como medicamentos de Nivel 3.
 - Para hacer una apelación por un medicamento de la Parte D, puede enviar una solicitud por escrito a la dirección que figura a continuación. También puede solicitar una apelación por teléfono al número que figura en la parte inferior de la página. También puede enviar la apelación por fax al 1-844-273-2671.

Absolute Total Care (Plan de Medicare-Medicaid Plan)
 Attn: Appeals and Grievances - Medicare Operations
 7700 Forsyth Blvd.
 St. Louis, MO 63105

- Para presentar una apelación para un medicamento de Healthy Connections Medicaid, llámenos al número que figura en la parte inferior de la página. También puede enviar la apelación por fax al 1-844-273-2671. Si quiere realizar la apelación por escrito, envíela a la dirección que figura a continuación.

Absolute Total Care (Plan de Medicare-Medicaid Plan)
 Attn: Appeals and Grievances - Medicare Operations
 7700 Forsyth Blvd.
 St. Louis, MO 63105

- Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3, página 171.
- Quejas sobre los medicamentos.
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia, incluidas las quejas sobre medicamentos que requieren receta médica.
 - Si la queja es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos que requieren receta médica, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre Absolute Total Care directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Si quiere obtener más información acerca de cómo presentar una queja relacionada con sus medicamentos que requieren receta médica, consulte el Capítulo 9, Sección 5, página 167.
- Pago por atención de salud o medicamentos que ya pagó.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección B, página 136.
 - Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección 5.5, página 180, para obtener más información sobre las apelaciones.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



B. Cómo comunicarse con el coordinador de atención

Un coordinador de atención trabajará con usted para elaborar un plan que satisfaga sus necesidades de salud específicas. Esta persona ayuda a coordinar a todos sus proveedores, servicios y apoyo. Trabjará con usted, sus médicos y el equipo de atención para asegurarse de que obtenga la atención que necesita. Usted tendrá acceso a un coordinador de atención que se le asignará automáticamente. Para comunicarse con su coordinador de atención o cambiarlo, llame a los números de teléfono que se indican a continuación:

| | |
|---------------------|---|
| POR TELÉFONO | <p>1-855-735-4398. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es 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.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan español.</p> |
| TTY | <p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 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.</p> |
| POR FAX | 1-844-806-6651 |
| POR CORREO | <p>Absolute Total Care 1441 Main Street, Suite 900 Columbia, SC 29201</p> |
| SITIO WEB | mmp.absolutetotalcare.com |

B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de atención

- Preguntas sobre la atención de salud.
- Ayuda para programar citas.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte, y servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS).

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Los beneficios de LTSS están disponibles para todos los afiliados según sea médicamente necesario y para los afiliados que están inscritos en determinados programas de exención administrados por la División de Atención a Largo Plazo de la Comunidad (por sus siglas en inglés, CLTC) de Healthy Connections Medicaid.

Los ejemplos de LTSS incluyen asistencia para bañarse, vestirse y realizar otras actividades básicas de la vida diaria y cuidado personal, además de ayuda con las tareas cotidianas, como lavandería, compras y transporte.

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

A veces, puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención de salud y de la vida. Puede obtener los servicios que presentamos a continuación:

- asistente para atención personal;
- cuidado de la salud en el hogar;
- cuidado diurno para adultos;
- servicios de acompañamiento;
- terapia del habla;
- servicios sociales médicos.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras

La Línea de Consultas con Enfermeras es un recurso valioso que se brinda a los afiliados a Absolute Total Care, pero no debe sustituir la visita al proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP). Esta línea brinda orientación sobre cómo usar la atención de salud y le proporciona información sobre las opciones de tratamiento y los recursos disponibles. Las llamadas a la Línea de Consultas con Enfermeras son gratuitas.

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

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras

- Preguntas sobre la atención de salud.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



D. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud

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

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

| | |
|-------------------------------|--|
| POR TELÉFONO | 1-800-868-9095. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. |
| TTY | TTY: 711. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| POR CORREO | Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | askus@aging.sc.gov |
| SITIO WEB | http://aging.sc.gov |

D1. Cuándo comunicarse con I-CARE

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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



E. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

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

| | |
|---------------------|--|
| POR TELÉFONO | <p>1-888-317-0751. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los miembros 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 feriados, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. También puede dejar un mensaje las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Hay servicios de traducción disponibles para afiliados y cuidadores que no hablan español.</p> |
| TTY | <p>1-855-843-4776. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> |
| POR CORREO | <p>KEPRO</p> <p>5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900</p> <p>Tampa, FL 33609</p> |
| SITIO WEB | <p>http://www.keproqio.com/</p> |

E1. Cuándo comunicarse con KEPRO

- Preguntas sobre la atención de salud.
 - Puede presentar una queja sobre la atención que ha recibido en los siguientes casos:
 - tiene un problema con la calidad de la atención;
 - considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto;
 - considera que su cuidado de la salud en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF) finalizan demasiado pronto.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



F. Cómo comunicarse con Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS).

| | |
|---------------------|---|
| POR TELÉFONO | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| TTY | 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| SITIO WEB | <p>http://www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare de su estado si selecciona “Forms, Help & Resources” (Formularios, ayuda y recursos) y luego hace clic en “Phone numbers & websites” (Números de teléfono y sitios web).</p> <p>El sitio web de Medicare cuenta con la siguiente herramienta, que puede ayudarlo a encontrar los planes disponibles en su área:</p> <p>Buscador de planes de Medicare: Le proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Seleccione “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y medicamentos).</p> <p>Si no tiene computadora, puede visitar este sitio web en la de su biblioteca o centro para la tercera edad locales. O puede llamar a Medicare, al número antes mencionado, y comentarles qué está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



G. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid

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

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

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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



H. Cómo comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime

La Defensoría de Healthy Connections Prime defiende a las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Una defensoría es una oficina en su estado que actúa como defensor en su representación. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarlo a entender qué debe hacer. La Defensoría de Healthy Connections Prime también ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime con problemas relacionados con los servicios y la facturación. No se relaciona con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

| | |
|-------------------------------|--|
| POR TELÉFONO | 1-844-477-4632 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. |
| TTY | TTY: 711. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| POR FAX | 1-803-734-4635 |
| POR CORREO | Healthy Connections Prime Advocate Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | primeadvocate@aging.sc.gov |
| SITIO WEB | http://healthyconnectionsprimeadvocate.com |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

La Defensoría de Atención a Largo Plazo de South Carolina es un programa de defensoría que ayuda a las personas a conocer más acerca de las casas de reposo y otros entornos de atención a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estos entornos y los residentes o sus familias.

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

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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

Introducción

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

Índice

| | | |
|-----|---|----|
| A. | Información sobre servicios, servicios cubiertos, proveedores y proveedores de la red | 31 |
| B. | Reglas para obtener atención de salud, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo cubiertos por el plan..... | 31 |
| C. | Información sobre el coordinador de atención | 33 |
| C1. | Qué es un coordinador de atención | 33 |
| C2. | Cómo comunicarse con su coordinador de atención..... | 34 |
| C3. | Cómo cambiar de coordinador de atención..... | 34 |
| D. | Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red | 34 |
| D1. | Atención de un proveedor de atención primaria | 34 |
| D2. | Atención de especialistas y otros proveedores de la red..... | 36 |
| D3. | Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan..... | 37 |
| D4. | Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red..... | 38 |
| E. | Cómo obtener servicios de salud del comportamiento..... | 38 |
| F. | Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo | 39 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 29



| | | |
|-----|---|----|
| G. | Cómo obtener atención dirigida por el paciente..... | 39 |
| G1. | Qué es la atención dirigida por el paciente | 39 |
| G2. | Quién puede obtener atención dirigida por el paciente | 40 |
| G3. | Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de atención personal | 40 |
| H. | Cómo obtener servicios de transporte | 41 |
| I. | Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre | 41 |
| I1. | Atención si tiene una emergencia médica..... | 41 |
| I2. | Atención requerida de urgencia | 43 |
| I3. | Atención en caso de desastre..... | 44 |
| J. | Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan..... | 44 |
| J1. | Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios..... | 45 |
| K. | Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica | 45 |
| K1. | Definición de estudio de investigación clínica..... | 45 |
| K2. | Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica | 46 |
| K3. | Más información sobre los estudios de investigación clínica..... | 46 |
| L. | Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de salud | 47 |
| L1. | Definición de institución religiosa no médica de atención de salud | 47 |
| L2. | Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud | 47 |
| M. | Equipo médico duradero | 48 |
| M1. | Equipo médico duradero para el afiliado a nuestro plan | 48 |
| M2. | Propiedad del DME cuando cambia a Medicare Original o Medicare Advantage..... | 48 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 30



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

Los servicios son la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS), los suministros, los servicios de salud del comportamiento, los medicamentos de venta libre y que requieren receta médica, los equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son todos los servicios que paga el plan. La atención de salud y los LTSS cubiertos se enumeran en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4, Sección D, página 53.

Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que brindan servicios y atención. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico, y servicios y apoyo a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago y su costo compartido como la totalidad del pago. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le proporcionan a usted. Si consulta a un proveedor de la red, usted solo suele pagar su parte del costo por los servicios cubiertos.

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

Absolute Total Care cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Esto incluye los servicios de salud del comportamiento y LTSS.

En general, Absolute Total Care paga por la atención de salud y los servicios que obtiene si sigue las reglas del plan. Para que el plan le ofrezca cobertura:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4, Sección D, página 53, de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Esto significa servicios que son razonables y necesarios:
 - para el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad o lesión;
 - para mejorar la función de una extremidad del cuerpo con una malformación;
 - cuando sea médicamente necesario conforme a la ley de Medicare.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 31



- De acuerdo con la ley y la reglamentación de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben reunir las siguientes características:
 - Son esenciales para prevenir, diagnosticar, evitar el agravamiento, aliviar, corregir o curar afecciones médicas que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidades o limitaciones en las actividades, amenazan con causar o empeorar una incapacidad o causan una enfermedad o debilidad.
 - Se brindan en centros adecuados y con los niveles apropiados de atención para el tratamiento de sus afecciones médicas.
 - Se prestan conforme a los estándares generalmente aceptados por la práctica médica.
- Usted debe contar con un **proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP)** de la red que haya indicado la atención o que le haya indicado consultar a otro médico. Como afiliado al plan, usted debe seleccionar a un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que Absolute Total Care no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a ciertos especialistas, como un especialista en salud de la mujer. Si quiere obtener más información sobre las remisiones, consulte la página 36.
 - Usted no necesita una remisión de su PCP para atención de emergencia o atención requerida de urgencia, o para consultar a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP. Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte la página 37.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 35.
- **Debe recibir atención de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no pagará la atención de un proveedor que no trabaje para el plan de salud. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Se cubre la atención de emergencia o la atención requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué significan atención de emergencia o atención requerida de urgencia, consulte la Sección I, página 41.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 32



- Si necesita atención cubierta por el plan y los proveedores de la red no pueden brindarla, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Por lo general, se requiere autorización previa del plan para los servicios fuera de la red. En este caso, cubriremos la atención como si la obtuviera de un proveedor de la red. Si quiere información acerca de cómo obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 34.
- Se cubren los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan durante un breve período. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir consultando a los proveedores actuales durante 180 días, o hasta que hayamos completado su evaluación integral y creado un plan de transición que usted acepte. Si necesita seguir consultando a sus proveedores fuera de la red después de los primeros 180 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor establece un acuerdo con nosotros para la atención de un único caso. Si usted se encuentra bajo un tratamiento en curso con un proveedor fuera de la red y cree que necesitará un acuerdo de caso único para continuar con el tratamiento, comuníquese con el coordinador de atención al número que figura en la parte inferior de la página.

C. Información sobre el coordinador de atención

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

La coordinación de atención es un programa que utiliza Absolute Total Care para coordinar la atención de nuestros afiliados.

C1. Qué es un coordinador de atención

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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 33



C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención

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

C3. Cómo cambiar de coordinador de atención

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

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

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

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

Qué es un PCP y qué hace por usted

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

Si Absolute Total Care es nuevo para usted, puede continuar viendo a sus médicos y mantener las autorizaciones de servicio actuales durante 180 días después de que se inscribe. Consulte el Capítulo 1, Sección F, página 9, para obtener más información.

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

- medicina familiar;
- medicina interna;
- medicina general;
- obstetricia/ginecología;
- geriatría;
- enfermero especializado con práctica médica (por sus siglas en inglés, CNP) certificado;
- centro de salud federalmente calificado (por sus siglas en inglés, FQHC) o clínica de salud rural (por sus siglas en inglés, RHC).

Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como afiliado al plan. Si es necesario, el PCP lo remitirá a otros médicos (especialistas) o indicará que lo admitan en el hospital.

- El PCP determina qué especialistas y hospitales lo atenderán porque están asociados con ciertos especialistas y hospitales de nuestra red.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 34



- Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención y lo ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como afiliado a nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:
 - atención de médicos que son especialistas;
 - admisiones en el hospital;
 - atención de seguimiento;
 - rayos X;
 - pruebas de laboratorio;
 - terapias.

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

Debido a que su PCP proporcionará y coordinará la atención médica, usted debe solicitar que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP. En el Capítulo 8, Sección D, página 150, se explica cómo protegeremos la privacidad de sus expedientes médicos y su información médica personal.

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

Su elección del PCP

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

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si el PCP que tiene ahora abandona la red de nuestro plan, podemos ayudarlo a encontrar uno nuevo.

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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 35



En ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar brindándole atención luego de abandonar nuestra red. Para obtener detalles específicos, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Servicios que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de consultar a otros proveedores. Esta aprobación se denomina remisión. Puede obtener servicios como los que se detallan a continuación sin obtener la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores dentro o fuera de la red.
- Atención requerida de urgencia de proveedores dentro de la red.
- Atención requerida de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerla de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan. (Llame al Departamento de Servicios al Afiliado antes de dejar el área de servicio. Podemos ayudarlo con sus servicios de diálisis mientras se encuentra fuera del área de servicio).
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Atención de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esta atención incluye exámenes de senos, mamografías de detección (rayos X de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si reúne los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígena, puede consultar a estos proveedores sin una remisión.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay varias clases de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos tratan a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 36



Algunos tipos de servicios y artículos requerirán una aprobación por adelantado de nuestra parte (esto se denomina “autorización previa”). La autorización previa es un proceso de aprobación que se lleva a cabo antes de recibir determinados servicios. Si el servicio que usted necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor de la red solicitará esa autorización a nuestro plan. Profesionales de la salud calificados y con licencia supervisan el proceso de autorización previa y todas las decisiones de aprobación. Es muy importante hablar con su PCP antes de ver a un especialista o a determinados proveedores del plan (hay algunas excepciones, que incluyen atención de salud de rutina para mujeres, como explicamos antes en esta sección). El PCP puede ayudarlo a coordinar la visita al especialista. Si un especialista considera que usted necesita servicios especializados adicionales, el especialista solicitará autorización directamente a Absolute Total Care. Para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de Beneficios que comienza en el Capítulo 4, Sección D, página 53, de este manual.

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

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

D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan

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

- Aunque es posible que la red de proveedores cambie durante el año, nosotros debemos brindarle un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento médicamente necesario.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 37



- Si cree que no se reemplazó su proveedor anterior con un proveedor calificado, o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que uno de sus proveedores está por dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a coordinar su atención. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al número que figura en la parte inferior de la página.

D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

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

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

Si el servicio no se encuentra disponible dentro de la red de nuestro plan, se aprobará su solicitud. Es posible que existan ciertas limitaciones en la aprobación, como una consulta inicial, o un tipo o una cantidad de servicios específicos. Si los servicios del especialista se encuentran disponibles dentro de la red de nuestro plan, la solicitud de servicios fuera de la red puede denegarse por tratarse de “servicios disponibles en la red”. Al igual que con cualquier denegación, usted puede apelar la determinación.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, este deberá cumplir con los requisitos para participar en Medicare o Healthy Connections Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumple con los requisitos para participar en Medicare o Healthy Connections Medicaid.
- Si consulta a un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no cumplen con los requisitos 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 a Absolute Total Care. La mayoría de los tratamientos para pacientes ambulatorios individuales que se describen en el Capítulo 4 están cubiertos con un proveedor de la red, con autorización previa. Para obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 53, de este manual. Para obtener servicios de salud del comportamiento, comuníquese con su coordinador de atención o su PCP.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 38



F. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo

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

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

- Exención de Community Choices.
- Exención para VIH/sida.
- Exención para personas que necesitan ventilación mecánica.

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

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

Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si su afección o diagnóstico los hace médicamente necesarios. Si no está inscrito en un programa de exención, pero desea saber si reúne los requisitos para los LTSS, puede hablar con el coordinador de atención sobre cómo acceder a ellos y si puede unirse a una de estas exenciones. El coordinador de atención puede brindarle recursos disponibles de conformidad con su plan e información acerca de cómo solicitar una exención adecuada.

G. Cómo obtener atención dirigida por el paciente

G1. Qué es la atención dirigida por el paciente

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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 39



G2. Quién puede obtener atención dirigida por el paciente

La atención dirigida por el paciente se encuentra disponible para todos los afiliados a la exención de Absolute Total Care. Esta atención puede estar disponible para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si su afección o diagnóstico la hace médicamente necesaria.

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

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

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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 40



H. Cómo obtener servicios de transporte

Si necesita información acerca de los servicios de transporte, póngase en contacto con el coordinador de atención o el administrador de casos de exención. Puede comunicarse con el coordinador de atención del plan llamando al Departamento de Servicios al Afiliado al número que figura en la parte inferior de la página.

Además de la asistencia para el transporte que proporciona Absolute Total Care, puede comunicarse con LogistiCare al 1-866-910-7684, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

I1. Atención si tiene una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas, como dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:

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

Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911, o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted *no* necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP.
- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, en general, dentro de las 48 horas de recibida. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia debido a una demora en informarnos. Puede ponerse en contacto con su coordinador de atención llamando al número que figura en parte inferior de la página.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Servicios cubiertos en una emergencia médica

Puede obtener atención de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Sin embargo, Medicare y nuestro plan no cubren atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Si quiere obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 53.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brinden atención de emergencia. Estos médicos nos avisarán cuando la emergencia médica haya pasado.

Una vez que termine la emergencia, usted necesitará atención de seguimiento para asegurarse de estar mejor. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si obtiene atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red retomen su atención lo antes posible. Si el proveedor que lo trata por una emergencia se encarga de la emergencia, pero considera que usted necesita otra atención médica para tratar el problema que dio lugar a la emergencia, el proveedor debe llamar a su coordinador de atención al número que figura en la parte inferior de la página. Si notifica a su coordinador de atención, se asegurará de obtener la atención de seguimiento necesaria para estabilizar su afección o para evitar que vuelva a manifestarse.

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

Si tiene una emergencia relacionada con la salud del comportamiento:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911, o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted *no* necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP.
- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, en general, dentro de las 48 horas de recibida. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia debido a una demora en informarnos. Puede ponerse en contacto con su coordinador de atención llamando al número que figura en parte inferior de la página.

Servicios cubiertos en una emergencia de salud del comportamiento

Puede obtener atención de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Sin embargo, Medicare y nuestro plan no cubren atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Si quiere obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 53.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brinden atención de emergencia. Estos médicos nos avisarán cuando la emergencia médica haya pasado.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 42



Una vez que termine la emergencia, usted necesitará atención de seguimiento para asegurarse de estar mejor. Hablaremos con su proveedor para asegurarnos de que usted reciba la atención de seguimiento que necesita. Si obtiene atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red retomen su atención lo antes posible.

Si el proveedor que lo trata por una emergencia se encarga de la emergencia, pero considera que usted necesita otra atención médica para tratar el problema que dio lugar a la emergencia, el proveedor debe llamar a su coordinador de atención al número que figura en la parte inferior de la página. Si notifica a su coordinador de atención, se asegurará de obtener la atención de seguimiento necesaria para estabilizar su afección o para evitar que vuelva a manifestarse.

Nota: Si viaja, Medicare no cubre la atención de salud del comportamiento de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

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

A veces, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica o de la salud del comportamiento. Puede ir al médico para recibir atención de emergencia, y el médico le dice que no se trata de una verdadera emergencia. Mientras usted piense, de forma razonable, que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

Sin embargo, luego de que el médico indique que no fue una emergencia, cubriremos la atención adicional solo en estas situaciones:

- fue atendido por un proveedor de la red;
- la atención adicional que recibe se considera “atención requerida de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esta atención. (Consulte la siguiente sección).

12. Atención requerida de urgencia

Definición de atención requerida de urgencia

La atención requerida de urgencia es la atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, puede tener un rebrote de una afección existente y necesita que lo atiendan.

Atención requerida de urgencia cuando se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención requerida de urgencia solo si cumple estas dos condiciones:

- obtiene esta atención de un proveedor de la red;
- sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede obtener la atención de un proveedor de la red, cubriremos la atención requerida de urgencia que obtiene de un proveedor fuera de la red.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 43



Para acceder a servicios requeridos de urgencia, debe dirigirse al centro de atención de urgencia más cercano que esté abierto. Si está buscando atención de urgencia en nuestra área de servicio, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para obtener una lista de los centros de atención de urgencia que se encuentran en la red de su plan. O visite mmp.absolutetotalcare.com.

Atención requerida de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, tal vez no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, se cubrirá la atención requerida de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención requerida de urgencia u otro tipo de atención que se obtenga fuera de los Estados Unidos.

I3. Atención en caso de desastre

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

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

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, le permitimos obtener atención de proveedores fuera de la red a la tasa de costo compartido dentro de la red. Si no puede comprar en una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos que requieren receta médica en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

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

No pague directamente por servicios cubiertos por Healthy Connections Medicaid.

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

Si usted le paga al proveedor, no podemos reembolsarle el monto, pero lo hará el proveedor. El Departamento de Servicios al Afiliado o la Defensoría de Healthy Connections Prime pueden ayudarlo a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página y el Capítulo 2, Sección H, página 27, para obtener los números de teléfono.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 44



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

Si pagó más de su parte del costo por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 134, para saber qué debe hacer.

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

Absolute Total Care cubre todos los servicios:

- son médicamente necesarios;
- se detallan en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D, página 53);
- se obtienen al seguir las reglas del plan.

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

Tiene derecho a preguntarnos si quiere saber si pagaremos cualquier servicio o atención médica. Además, tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

El Capítulo 9, página 158, explica qué debe hacer si quiere que el plan cubra un servicio o un artículo médico determinados. También le explica cómo presentar una apelación de la decisión de cobertura del plan. Además, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un límite determinado. Si se pasa del límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para conocer esos límites y qué tan cerca se encuentra de alcanzarlos.

Nuestro plan no está autorizado a reembolsar a los afiliados por los beneficios cubiertos por Healthy Connections Medicaid. Si tiene preguntas acerca de los beneficios cubiertos por Healthy Connections Medicaid, puede comunicarse con Healthy Connections Medicaid (consulte el Capítulo 2, Sección G, página 26) o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al número que figura en la parte inferior de la página.

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

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado estudio clínico) es la forma en la que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos y atención de salud. Ellos solicitan voluntarios para que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo medicamento o atención de salud funcionan o si son seguros.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 45



Una vez que Medicare apruebe el estudio en el que quiere participar, una persona que trabaja en él se pondrá en contacto con usted. Esta persona le informará sobre el estudio y evaluará si usted reúne los requisitos para participar en él. Puede permanecer en el estudio mientras cumpla con los requisitos necesarios. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted tendrá que estar inscrito en nuestro plan. De esta forma, continúa obteniendo la atención que no está relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la aprobación de su proveedor de atención primaria. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio formen parte de la red de proveedores.

Usted sí debe informarnos antes de comenzar la participación en un estudio de investigación clínica. Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de atención deben comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos que participará en un estudio clínico.

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

Si es voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no pagará ninguno de los servicios cubiertos en el estudio, y Medicare pagará los servicios cubiertos en el estudio y los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted estará cubierto para la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- La habitación y el alojamiento para una hospitalización cubiertos por Medicare aunque usted no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forman parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no aprobó**, usted tendrá que pagar todos los costos de su participación en el estudio.

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la sección “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y Estudios de Investigación Clínica), 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) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 46



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

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

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el hecho de obtener la atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos su atención en una institución religiosa no médica de atención de salud.

Usted puede elegir recibir atención de salud en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio solo se aplica a los servicios para pacientes internados de Medicare Parte A (servicios de atención de salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas de atención de salud.

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

Para obtener la atención de una institución religiosa no médica de atención de salud, usted debe firmar un documento legal que manifieste que usted se opone a recibir tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

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

Para que esté cubierta por nuestro plan, la atención que usted obtiene de una institución religiosa no médica de atención de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que son proporcionados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - Usted debe obtener aprobación de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su internación no estará cubierta.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 47



Se cubre una cantidad ilimitada de días de atención hospitalaria para pacientes internados si el plan lo autoriza. Para obtener información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 53.

M. Equipo médico duradero

M1. Equipo médico duradero para el afiliado a nuestro plan

Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) son algunos artículos solicitados por un proveedor para que usted pueda utilizar en su casa. Por ejemplo, sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será propietario de algunos artículos, como las prótesis.

En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. Nuestro plan alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted, como afiliado a Absolute Total Care, por un máximo de 13 meses. Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo de DME a usted y se considerará comprado. Nuestro plan no paga los costos de mantenimiento. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información al respecto.

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

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

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

Nota: Puede encontrar las definiciones de los planes Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede obtener más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2020*. Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 48



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

- Tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos a Medicare Original, o la cantidad de pagos consecutivos nuevos que fije el plan Medicare Advantage, para ser propietario del DME.
- No haremos excepciones a este caso cuando vuelva a afiliarse a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 49



Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

En este capítulo se informa sobre los servicios que Absolute Total Care cubre, todas las restricciones o los límites que tienen esos servicios, y cuánto debe pagar por cada uno de ellos. También le informa sobre los beneficios que nuestro plan no cubre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

| | |
|---|-----|
| Introducción | 50 |
| A. Los servicios cubiertos y sus costos de desembolso | 51 |
| B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios | 51 |
| C. Tabla de Beneficios de nuestro plan..... | 51 |
| D. La Tabla de Beneficios | 53 |
| E. Servicios de exención operados por la Atención a Largo Plazo de la Comunidad que paga nuestro plan | 96 |
| F. Beneficios cubiertos fuera de Absolute Total Care..... | 100 |
| F1. Cuidado de enfermos terminales | 100 |
| F2. Servicios dentales | 101 |
| F3. Transporte médico que no sea de emergencia..... | 101 |
| G. Beneficios que no están cubiertos por Absolute Total Care, Medicare ni Healthy Connections Medicaid..... | 101 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 50



A. Los servicios cubiertos y sus costos de desembolso

Este capítulo le indica los servicios que paga Absolute Total Care. También le informa cuánto debe pagar por cada servicio. También puede informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5, página 104. Este capítulo también explica los límites en algunos servicios.

Para algunos servicios, le cobrarán un costo de desembolso que se llama copago. Es un monto fijo (por ejemplo, \$5) que paga cada vez que recibe el servicio. Usted paga el copago en el momento en que obtiene el servicio médico.

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

B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios

No permitimos que los proveedores de Absolute Total Care le facturen los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a los proveedores directamente y lo libramos de cualquier cargo. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si recibe una factura, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 134, o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

Esta Tabla de Beneficios le indica los servicios que paga el plan. Detalla las categorías de servicios y explica los servicios cubiertos.

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

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid deben ser provistos según las reglas establecidas por Medicare y Healthy Connections Medicaid.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesarios” significa que los servicios son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión, para mejorar la función de una extremidad del cuerpo con una malformación, o son médicamente necesarios conforme a la ley de Medicare. De acuerdo con la ley y la reglamentación de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben tener como objetivo prevenir, diagnosticar o tratar una afección

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 51



médica o mantener el estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica. Los servicios también deben suministrarse en un centro apropiado para su afección médica y cumplir con los estándares generalmente aceptados de atención médica

- Obtiene esta atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3, página 31, tiene más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Cuenta con un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama remisión. El Capítulo 3, Sección D1, página 34, le brinda más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita obtenerla.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir consultando a los proveedores actuales durante 180 días, o hasta que hayamos completado su evaluación integral y creado un plan de transición que usted acepte. Si necesita seguir consultando a sus proveedores fuera de la red después de los primeros 180 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor establece un acuerdo con nosotros para la atención de un único caso. Un acuerdo de caso único es una excepción que consiste en tratar al proveedor como si fuera un proveedor dentro de la red. Si usted se encuentra bajo un tratamiento en curso con un proveedor fuera de la red y cree que necesitará un acuerdo de caso único para continuar con el tratamiento, comuníquese con el coordinador de atención al número que figura en la parte inferior de la página.
- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en **negrita** en la Tabla de Beneficios.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

Si tiene alguna pregunta, llame a 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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 52



D. La Tabla de Beneficios

| Servicios generales que paga el plan | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|-------------------------|
|  | <p>Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión de un médico, un asistente médico, un enfermero especializado con práctica médica o un especialista en enfermería clínica.</p> | \$0 |
| | <p>Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol</p> <p>Se cubrirá una evaluación del consumo indebido de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de este.</p> <p>Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación), proporcionadas por un proveedor de atención primaria calificado o un profesional en el ámbito de la atención primaria.</p> <p>También puede obtener servicios de rehabilitación y recuperación centrados en desarrollar su capacidad para lidiar con el problema, que lo ayudarán a manejar los síntomas y el comportamiento. Estos servicios pueden llevarse a cabo en forma individual o grupal.</p> | \$0 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 53



| Servicios generales que paga el plan | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | <p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia en avión, en helicóptero y por tierra. La ambulancia lo llevará al centro más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.</p> <p>El plan debe aprobar los servicios de ambulancia para otros casos.</p> <p>En los casos que no son emergencias, es posible que el plan pague una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.</p> | <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado) para utilizar servicios de ambulancia para casos que no son emergencias. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |
|  | <p>Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha permanecido en Medicare Parte B durante más de 12 meses, puede obtener un chequeo anual. Esto es establecer o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Se cubrirá este chequeo una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: El primer chequeo anual no puede realizarse en el plazo de los 12 meses siguientes a la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Los chequeos anuales estarán cubiertos una vez que haya permanecido en la Parte B durante 12 meses. No es necesario haber cumplido primero con la visita “Bienvenido a Medicare”.</p> | \$0 |
|  | <p>Medición de masa ósea</p> <p>Se cubrirán algunos procedimientos para afiliados que reúnan los requisitos (en general, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>Se cubrirán estos servicios una vez cada 24 meses, con más frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también le pagará a un médico para que observe y comente los resultados.</p> | \$0 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 54



| Servicios generales que paga el plan | | Lo que usted debe pagar |
|--|-----|--------------------------------|
|  <p>Detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años; • exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses. | \$0 | |
| <p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Se cubrirán los servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y asesoramiento. Los afiliados deben cumplir con algunas condiciones, con la indicación de un médico.</p> <p>El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> | \$0 | |
|  <p>Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>Se cubrirá una visita por año con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de una enfermedad cardíaca. Durante esta visita, el médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizar el uso de la aspirina; • controlarle la presión arterial; • darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable. | \$0 | |
|  <p>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>Se cubrirán los análisis de sangre para controlar una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p> | \$0 | |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 55



| Servicios generales que paga el plan | | Lo que usted debe pagar |
|---|--|-------------------------|
|  | <p>Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para las mujeres que tienen un riesgo alto de cáncer de cuello uterino o de cáncer vaginal: un examen de Papanicolaou cada 12 meses. | \$0 |
| | <p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. • El plan solo pagará otros servicios quiroprácticos cuando sean médicamente necesarios. • Para que se cubran otros servicios quiroprácticos, usted debe tener una afección neuromuscular importante. • Los servicios quiroprácticos para enfermedades que no estén directamente relacionadas con la columna vertebral, como la artritis reumatoide, la distrofia muscular, la esclerosis múltiple, la neumonía y el enfisema, no están cubiertos. | \$0 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 56



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
|  <p>Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses; • prueba de sangre oculta en materia fecal cada 12 meses; • prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol o prueba inmunoquímica fecal cada 12 meses; • detección de cáncer colorrectal en ADN cada 3 años. <p>Para las personas que presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubrirá una colonoscopia de detección (o un enema de bario de detección) cada 24 meses.</p> <p>Para las personas que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubrirá una colonoscopia de detección cada diez años (pero no en un período de 48 meses a partir de una sigmoidoscopia de detección).</p> | \$0 |
|  <p>Orientación para dejar de fumar</p> <p>Si fuma, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada sesión de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona. <p>Si fuma y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos susceptibles al tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada sesión de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona. | \$0 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 57



| Servicios generales que paga el plan | | Lo que usted debe pagar |
|---|-----|--------------------------------|
| <p>Servicios dentales</p> <p>Absolute Total Care pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos maxilofaciales. • Los procedimientos dentales relacionados con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • trasplantes de órganos; • oncología; • radiación en la cabeza o el cuello para tratar el cáncer; • quimioterapia para tratar el cáncer; • reemplazo total de una articulación; • reemplazo de una válvula cardíaca; • tratamiento de un traumatismo en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. • Los servicios dentales preventivos están cubiertos a través de Healthy Connections Medicaid. Consulte la Sección F, página 100, de este capítulo para obtener más información. | \$0 | |
|  <p>Detección de depresión</p> <p>Se cubrirá un examen de detección de depresión una vez al año. Los exámenes deben realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p> | \$0 | |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 58



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
|  <p>Detección de diabetes</p> <p>Se cubrirá el examen de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión); • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia); • obesidad; • antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucemia). <p>Los exámenes pueden estar cubiertos en otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, es posible que reúna los requisitos para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p> | \$0 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 59



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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 60



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|--|
| <p>Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12, página 225, de este manual).</p> <p>Los siguientes artículos están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas; • muletas; • colchones de sistema eléctrico; • suministros para diabéticos; • camas de hospital, solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar; • bombas de infusión intravenosa; • dispositivos generadores del habla; • suministros y equipo de oxígeno; • nebulizadores; • andadores. <p>Es posible que cubramos otros artículos.</p> <p>Pagaremos todo el DME médicamente necesario que generalmente pagan Medicare y Healthy Connections Medicaid. Si nuestro proveedor no abastece a su área con una marca o fabricante en particular, usted podrá pedirle que le envíen el producto.</p> <p>Nuestro plan alquilará la mayoría de los artículos de DME para usted, como afiliado a Absolute Total Care, por un máximo de 13 meses. Al final del período de alquiler, nuestro plan transferirá la propiedad del artículo de DME a usted y se considerará comprado. Nuestro plan no paga los costos de mantenimiento.</p> | <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Es posible que se solicite una remisión. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Copago de \$0 por el equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$3.40 por el equipo médico duradero cubierto por Healthy Connections Medicaid (suministros especializados).</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 61



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|--|--|
| <p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a servicios que cumplen con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia. • Son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud; • un daño grave a las funciones del cuerpo; • una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. <p>Los servicios de emergencia solo están cubiertos si los obtiene dentro de los Estados Unidos.</p> | <p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado luego de que su emergencia sea estabilizada, usted debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante su atención como paciente internado únicamente si el plan lo aprueba.</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 62



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
| <p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor para obtener algunos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de planificación familiar y tratamiento médico. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar. • Métodos de planificación familiar. • Suministros para planificación familiar con receta médica (condones). • Asesoramiento y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual, sida y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • Tratamiento para infecciones de transmisión sexual. • Esterilización voluntaria. (Debe ser mayor de 21 años y firmar un formulario de consentimiento de esterilización federal. Deben pasar 30 días como mínimo, pero no se debe exceder los 180 días entre la fecha en la que firmó el formulario y la fecha de la cirugía). <p>El plan también pagará otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red del plan sobre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para afecciones médicas que causan infertilidad. • Tratamiento contra el sida y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • Estudios genéticos. | <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
|  <p>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</p> <p>El plan cuenta con una variedad de programas de educación sobre la salud y el bienestar, actividades para los afiliados y sus familiares, y para otros cuidadores informales. Estos son algunos ejemplos de los temas que tratan estos programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol de enfermedades crónicas. • Orientación para dejar de fumar. • Prevención de caídas. • Apoyo para cuidadores. • Nutrición. • Alcohol y abuso de sustancias. • Control de sus medicamentos. • Acondicionamiento físico. • El plan le brindará un reembolso de hasta \$250 por año a los afiliados que cumplan con los requisitos para inscribirse en gimnasios y clases de acondicionamiento físico. • Planificación con respecto una enfermedad. • Preparación para emergencias. • Servicios de telecontrol. Los equipos de telecontrol supervisan el peso, la presión arterial, el oxígeno en sangre y los niveles de glucosa de los afiliados. • Línea de Consultas con Enfermeras. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta. • Control de enfermedades, como los programas para el control de la diabetes. | \$0 |

Si tiene alguna pregunta, llame a 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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 64



| Servicios generales que paga el plan | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|-------------------------|
| | <p>Servicios de audición</p> <p>Se cubrirán los exámenes auditivos y del equilibrio realizados por su proveedor. Estos exámenes indican si usted necesita tratamiento médico. Se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando los realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba auditiva de rutina por año calendario. • Una evaluación/ajuste de audífonos por año calendario. • Hay un monto de cobertura máximo del plan de \$1,250 por año calendario para audífonos. <p>Si tiene un implante coclear o un audífono implantado quirúrgicamente, se cubrirán los repuestos necesarios.</p> | \$0 |
|  | <p>Detección del VIH</p> <p>Se cubre un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que hacen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitan una prueba de detección del VIH. • Tienen un mayor riesgo de infección por VIH. <p>Los afiliados que tengan VIH o sida pueden obtener servicios adicionales uniéndose a un programa de exención de Atención a Largo Plazo de la Comunidad (por sus siglas en inglés, CLTC). Consulte el Capítulo 3, Sección F, página 39, para obtener más información sobre los servicios para afiliados que reúnen los requisitos.</p> | \$0 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 65



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|--|---|
| <p>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico deberá informarnos que usted necesita estos servicios, y una agencia de cuidado de la salud en el hogar deberá brindarlos.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar, de tiempo parcial o intermitentes. (Para estar cubiertos conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de ayuda para el cuidado de la salud en el hogar combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos (por ejemplo, suministros para la incontinencia). | <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$3.30 por los servicios de cuidado personal cubiertos por Healthy Connections Medicaid.</p> <p>Copago de \$0 por los suministros para la incontinencia cubiertos por Healthy Connections Medicaid.</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 66



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|--|
| <p>Cuidado de enfermos terminales</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnostican una enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Se cubrirá lo siguiente mientras obtiene los servicios de cuidado de enfermos terminales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor; • atención de relevo a corto plazo; • atención en el hogar. <p>Los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección G de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por Absolute Total Care que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A través de Absolute Total Care, se cubrirán los servicios del plan que no están cubiertos conforme a Medicare Parte A o Parte B. Se cubrirán los servicios, ya sea que estén relacionados con su pronóstico terminal o no. Usted paga el monto de costo compartido del plan para estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Parte D de Absolute Total Care:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Consulte el Capítulo 5, página 104, para obtener más información. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página.</p> | <p>\$0</p> <p>Cuando se inscribe en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare, los servicios de cuidado de enfermos terminales y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal están cubiertos a través de Medicare Original, no mediante Absolute Total Care.</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 67



| Servicios generales que paga el plan | | Lo que usted debe pagar |
|---|--|---|
| | <p>Cuidado de enfermos terminales (continúa)</p> <p>Nota: Si necesita atención que no está relacionada con el cuidado de enfermos terminales, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es cuidado de enfermos terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Para ponerse en contacto con su coordinador de atención, llame al número que figura en la parte inferior de la página.</p> | |
|  | <p>Vacunas</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una por temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B, si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si usted se encuentra en riesgo, y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B. <p>Se cubrirán otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Healthy Connections Medicaid o Medicare Parte D. Consulte el Capítulo 6, página 125, para obtener más información.</p> | \$0 |
| | <p>Suministros para la incontinencia</p> <p>Se cubrirán los suministros para la incontinencia si su médico considera que los necesita. La cantidad y la frecuencia de los suministros se determinarán según su nivel de incontinencia.</p> | <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 68



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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 69



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|--|
| <p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería regulares. • Costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios. • Medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Rayos X y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapias ocupacional y del habla. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Servicios de médicos. • En algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinal y multivisceral. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tasas de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante en un lugar local o en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página.</p> | <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para continuar recibiendo atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté controlada.</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 70



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|---|
| <p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continúa)</p> <p>Si Absolute Total Care le proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en este lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Si existen servicios de trasplante disponibles en un centro de trasplantes local aprobado por Medicare, Absolute Total Care no cubrirá el transporte y el alojamiento.</p> | |
| <p>Atención de salud mental para pacientes internados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización. • Hay un límite de 190 días de por vida para atención de salud mental proporcionada en un hospital psiquiátrico para pacientes internados. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Una vez utilizados los 190 días, estos servicios están disponibles en un centro para trastornos mentales (por sus siglas en inglés, IMD). <ul style="list-style-type: none"> ○ Un IMD es una institución que se dedica principalmente a ofrecer diagnóstico, tratamiento o atención para personas con trastornos mentales, que incluye atención médica, cuidados de enfermería y servicios relacionados. ○ La designación de un centro como IMD está determinada por su naturaleza, es decir, que sea una institución establecida y mantenida principalmente para la atención y el tratamiento de personas con trastornos mentales. | <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Es posible que se solicite una remisión. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 71



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|--|---|
| <p>Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación sin cobertura</p> <p>Si su internación no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, se cubrirán los servicios que obtiene mientras se encuentra en el hospital o en una casa de reposo. Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio. • Rayos X, terapia con radio y con isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos. • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • Prótesis y aparatos ortóticos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos. Estos dispositivos tienen las siguientes funciones: <ul style="list-style-type: none"> • reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente); • reemplazan total o parcialmente la función de un órgano interno que no funcione o que tenga una disfunción. • Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. | <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Es posible que se solicite una remisión. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0 para la mayoría de los artículos.</p> <p>\$3.40 para prótesis, aparatos ortóticos y suministros médicos cubiertos solo por Healthy Connections Medicaid.</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 72



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitar sobre la atención de enfermedades renales y para ayudar a que los afiliados tomen buenas decisiones sobre su atención. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe remitirlo. Se cubrirán hasta seis sesiones de servicios de educación para enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, página 29. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación para autodiálisis, incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de trabajadores capacitados en servicios de diálisis para verificar su tratamiento en el hogar, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de Medicare Parte B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B” en esta tabla.</p> | <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 73



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
|  <p>Detección de cáncer de pulmón</p> <p>Se cubrirán los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con estos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 55 y 77 años. • Tiene una visita de orientación y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado. • Ha fumado, al menos, un paquete por día durante 30 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Luego del primer examen de detección, se cubrirá otro examen de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p> | \$0 |
|  <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no estén bajo tratamiento de diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo indica el médico.</p> <p>Se cubrirán tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Pagamos dos horas de servicios de orientación personalizados por año después del primer año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden médica todos los años si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario.</p> | \$0 |

Si tiene alguna pregunta, llame a 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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 74



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
|  <p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare</p> <p>Se cubrirán los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (por sus siglas en inglés, MDPP). El MDPP está diseñado para ayudarlo a adquirir hábitos más saludables. Proporciona capacitación práctica en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio nutricional a largo plazo; • aumento de la actividad física; • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | \$0 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 75



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|--|--|
| <p>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Parte B. Absolute Total Care pagará los medicamentos que se mencionan a continuación. Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia escalonada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suele aplicarse usted mismo y que se inyectan o infunden cuando usted recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. • Medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores), que fueron autorizados por el plan. • Los factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A, en el momento de recibir el trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis. Se pagan estos medicamentos si usted está confinado a su hogar, si tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y si no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p> | <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 76



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|--|
| <p>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B (continúa)</p> <p>En el siguiente enlace, encontrará una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada. Haga clic en el botón “Step Therapy” (Terapia escalonada): https://mmp.absolutetotalcare.com/mmp/resources.html.</p> <p>En el Capítulo 5, página 104, se explica el beneficio de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe cumplir para que sus recetas estén cubiertas.</p> <p>En el Capítulo 6, página 125, se explica lo que usted paga por sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p> | |
| <p>Atención en una casa de reposo</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de una casa de reposo: todos los servicios de una casa de reposo necesarios para cubrir las necesidades del residente. • Servicios especiales: ayuda de trabajadores sociales, actividades planificadas y varias terapias. • Servicios personales: asistencia para alimentarse, vestirse, usar el baño, asearse, etc. • Habitación y alojamiento: alojamiento semiprivado o de menor bajo custodia. • Equipamiento de seguridad y para tratamientos: sillas de ruedas, equipo de infusión, silla con retrete, etc. • Medicamentos: medicamentos de venta libre (excepto la insulina). • Suministros médicos y oxígeno: oxígeno, equipamiento para tratamientos de inhalación, catéteres, vendajes, etc. <p>Los servicios que no están cubiertos incluyen los servicios de médicos, análisis de laboratorio o rayos X, servicios hospitalarios para pacientes internados o ambulatorios, medicamentos que requieren receta médica, etc.</p> <p>Tenga en cuenta que la atención en un centro de enfermería especializada se describe en una categoría separada de esta tabla.</p> | <p>Póngase en contacto con su administrador de atención para saber si necesitará contribuir para cubrir su atención en una casa de reposo.</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 77



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|---|
| <p>Servicios de transición de una casa de reposo</p> <p>Hay disponibles servicios de transición si está en una casa de reposo y quiere 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> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de aparatos que ofrecen los aparatos necesarios. • Muebles para equipar un hogar en la comunidad. • Asistencia por única vez para la renta o los servicios. <p>El programa Regreso a Casa está diseñado para ayudar a las personas que viven en una casa de reposo, pero quieren volver a vivir en su comunidad. Si vivió en un centro de enfermería durante, al menos, 90 días, es posible que califique para el programa y obtenga los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación para la transición. • Intervención en casos de crisis. • Servicios de empleo extendidos. • Servicios de asistencia extendidos. • Bienes y servicios extendidos. • Sensores inalámbricos. • Servicios para vivir en la comunidad. • Personal de enfermería asistencial. • Animales de servicio. <p>Si piensa que reúne los requisitos para el programa, hable con su coordinador de atención.</p> | <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Es posible que se solicite una remisión. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |
| <p> Detección de obesidad y terapia para la pérdida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, se cubrirán los servicios de orientación para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener estos servicios en un centro de atención primaria. De esa manera, se puede administrar con el plan de prevención integral. Consulte a su proveedor de atención primaria para obtener más detalles.</p> | <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 78



| Servicios generales que paga el plan | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | <p>Servicios para el tratamiento por uso de opioides</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios para el tratamiento del trastorno por uso de opioides:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos y, si corresponde, la administración y el suministro de esos medicamentos. • Asesoramiento sobre el abuso de sustancias. • Terapia individual o de grupo. • Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (examen toxicológico). | \$0 |
| | <p>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X. • Radioterapia (terapia con radio y con isótopos), incluidos los materiales y servicios del técnico. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. | <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 79



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|--|--|
| <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubren los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a los médicos a saber si necesita ser internado en el hospital. ○ A veces, aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado paciente ambulatorio. ○ Para saber en qué casos es considerado paciente internado o ambulatorio, consulte esta hoja informativa: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que necesitaría tratamiento como paciente internado si no obtuviera esa atención. • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Exámenes de detección y servicios preventivos que se mencionan en la Tabla de Beneficios. • Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo. | <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 80



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|--|--|
| <p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los servicios de salud mental brindados por los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psiquiatra o médico con licencia del estado. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Un especialista en enfermería clínica. • Un enfermero especializado con práctica médica. • Un asistente médico. • Un terapeuta matrimonial y familiar con licencia. • Un asesor profesional clínico con licencia. • Otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes. <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios clínicos. • Tratamiento de día. • Servicios psicosociales de rehabilitación. | <p>Es posible que se solicite una remisión. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Los servicios de fisioterapia deben mejorar o restaurar la función física y evitar lesiones, disfunciones y discapacidades después de una enfermedad, una lesión o la pérdida de alguna parte del cuerpo.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, entre otros.</p> | <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 81



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|---|
| <p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Medicare Parte B ayuda a pagar los servicios para el tratamiento del abuso de sustancias del departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o de una clínica.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psicoterapia; • educación del paciente; • atención de seguimiento una vez que dejó el hospital; • medicamentos que requieren receta médica durante su hospitalización o inyectados en el consultorio del médico; • detección preventiva y orientación. | <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |
| <p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> | <p>Se necesita autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |
| <p>Artículos de venta libre</p> <p>Se cubren artículos de venta libre limitados, disponibles a través de la compra por correo. Póngase en contacto con Absolute Total Care llamando al 1-855-735-4398 (TTY: 711) para obtener más información.</p> <p>Se cubren hasta \$25 por mes calendario en artículos de venta libre que cumplen con los requisitos disponibles a través de la compra por correo. Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente mes. Consulte el catálogo para conocer los límites para los artículos.</p> | <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 82



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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 83



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención de salud o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que se proporcionen en lugares como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ consultorio de un médico; ○ centro quirúrgico ambulatorio certificado; ○ departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su proveedor de atención primaria o un especialista, si su médico los indica para saber si necesita tratamiento. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal para afiliados que reciben diálisis en el hogar. Las consultas pueden realizarse desde el centro de diálisis de un hospital o de un hospital de acceso crítico, desde un centro de diálisis renal o desde el hogar del afiliado. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral. • Controles virtuales de entre 5 y 10 minutos con su proveedor (por ejemplo, por teléfono o videollamada) en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted es paciente existente. ○ El control no está relacionado con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos. ○ El control no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana. <p>Este beneficio continúa en la siguiente página.</p> | <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 84



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
| <p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continúa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de un video o de imágenes que usted envió a su médico y explicación y seguimiento del médico dentro de las 24 horas en los siguientes casos: • Usted es paciente existente. • La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos. • La evaluación no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana. • Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted es paciente existente. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de realizar un procedimiento médico. • Atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas; • arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales; • extracciones de dientes previas a los tratamientos de radiación para enfermedades neoplásicas; • servicios que están cubiertos cuando los brinda un médico. | |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 85



| Servicios generales que paga el plan | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|--------------------------------|
| | <p>Servicios de podiatría</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón). • Cuidado de los pies de rutina para los afiliados con determinadas enfermedades, como la diabetes, que afectan las extremidades inferiores. | \$0 |
|  | <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres, se cubrirán los siguientes servicios solo una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal. • Prueba de antígeno prostático específico (por sus siglas en inglés, PSA). | \$0 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 86



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|--|
| <p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan una parte del cuerpo o función de forma total o parcial. Se cubrirán las siguientes prótesis, y es posible que también otros aparatos que no se detallan aquí, si su proveedor obtiene autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención de una colostomía. • Marcapasos. • Aparatos ortopédicos. • Zapatos ortopédicos. • Brazos y piernas ortopédicos. • Prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). <p>El plan también pagará algunos suministros relacionados con las prótesis. Además, pagará reparaciones o reemplazos de prótesis.</p> <p>El plan ofrece cobertura luego de una cirugía de cataratas o extracción de cataratas. Consulte “Atención de la vista”, más adelante en esta sección en la página 94, para obtener más detalles.</p> <p>El plan no pagará las prótesis dentales.</p> | <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>Copago de \$0 por las prótesis y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$3.40 por las prótesis y los suministros relacionados cubiertos por Healthy Connections Medicaid.</p> |
| <p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubrirán programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc) de moderada a muy grave. El afiliado debe contar con una orden médica para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que traten la enfermedad.</p> | <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 87



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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 88



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|---|
| <p>Atención en un centro de enfermería especializada:</p> <p>Las estadías cubiertas por Medicare (por ejemplo, para rehabilitación) requieren autorización previa, mientras que las cubiertas por Healthy Connections Medicaid (por ejemplo, estadías a largo plazo en un centro de enfermería especializada) solo requieren una remisión.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesaria. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que obtiene como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea. • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos administrados en centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio realizadas en centros de enfermería. • Rayos X y otros servicios de radiología brindados por centros de enfermería. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, administrados por centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la siguiente página.</p> | <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> <p>Se requiere una remisión. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 89



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|-------------------------|
| <p>Atención en un centro de enfermería especializada (continúa)</p> <p>Usted obtendrá su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red. Puede obtener atención en los siguientes lugares si estos aceptan los pagos del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una casa de reposo o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centros de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge vive en el momento en que usted deja el hospital. • Tenga en cuenta que la atención en una casa de reposo se describe en una categoría separada de esta tabla. • La admisión en un centro de enfermería especializada debe cumplir con los estándares de necesidad médica. No es necesario haber estado hospitalizado para recibir atención en un centro de enfermería especializada; sin embargo, se requiere la certificación de CLTC antes de otorgar la admisión financiada por Medicaid en un centro de atención a largo plazo en cualquier lugar, incluida la transición de la comunidad a un centro de enfermería (estadía no cubierta por Medicare o estadía de menos de 3 días antes de la admisión en un centro de enfermería). Su coordinador de atención puede ayudarlo a obtener esta certificación. Para ponerse en contacto con su coordinador de atención, llame al número que figura en la parte inferior de la página. | |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
| <p>Terapia de ejercicios supervisada</p> <p>Se cubrirá la terapia de ejercicios supervisada (por sus siglas en inglés, SET) para afiliados con enfermedad de la arteria periférica (por sus siglas en inglés, PAD) sintomática que cuentan con una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento. Se cubrirá lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para la SET. • 36 sesiones adicionales conforme pase el tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesario. <p>El programa de SET debe cumplir con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en afiliados con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • Debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Debe ser proporcionado por personal calificado que se asegure de que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Debe estar supervisado directamente por un médico, asistente médico, enfermero especializado con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. | <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|---|---|
| <p>Telemedicina</p> <p>Se cubren algunos servicios médicos o de salud, de un proveedor a distancia por medio de audio o video en tiempo real.</p> <p>Estos servicios están disponibles en algunas áreas rurales bajo ciertas condiciones, y solo si usted se encuentra en alguno de estos lugares: el consultorio del médico, el hospital, una clínica de salud rural, un centro de salud con calificación federal, un centro de diálisis hospitalario, un centro de enfermería especializada o un centro de salud mental comunitario.</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos si se brindan a través de un sistema de telecomunicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultas; • visitas al consultorio; • psicoterapia individual; • gestión de recetas médicas; • pruebas y entrevistas de evaluación para diagnósticos psiquiátricos. <p>Los servicios, como llamadas telefónicas, mensajes por correo electrónico y videollamadas por teléfono móvil, no están cubiertos.</p> <p>Los servicios de telepsiquiatría solo se ofrecen de forma limitada a través del Departamento de Salud Mental, en colaboración con otras 20 salas de emergencia hospitalarias del estado.</p> | <p>\$0</p> <p>Se requiere una remisión. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> |
| <p>Atención requerida de urgencia</p> <p>La atención requerida de urgencia es la atención proporcionada para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una situación que no es de emergencia; • una enfermedad repentina; • una lesión; • una afección que necesita atención de inmediato. <p>Si necesita atención requerida de urgencia, primero debe intentar obtenerla a través de un proveedor de la red. Sin embargo, puede visitar a proveedores fuera de la red cuando no puede obtener atención de un proveedor de la red.</p> <p>La atención de urgencia solo está cubierta cuando obtenga los servicios dentro de los Estados Unidos.</p> | <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 93



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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 94



| Servicios generales que paga el plan | Lo que usted debe pagar |
|--|-------------------------|
|  <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Se cubre, por única vez, una visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud. • Educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas). • Remisiones para otro tipo de atención, en caso de que la necesite. <p>Nota: Se cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses de estar inscrito en Medicare Parte B. Cuando programe la cita, informe al personal del consultorio del médico que se trata de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> | \$0 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

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

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

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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 96



| Servicios de exención operados por la CLTC que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|--|
| <p>Servicios de la exención de Community Choices</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para afiliados que pertenezcan a la exención de Community Choices. Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • enfermería y servicios de cuidado diurno para adultos; • transporte hacia los servicios de cuidado diurno para adultos; • administración de casos y coordinación de estos servicios de exención; • 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; • sistema personal de respuesta de emergencia; • algunos suplementos nutricionales; • equipos y suministros médicos especializados; • descanso temporal para su cuidador en un centro de cuidado residencial comunitario o en un centro para pacientes hospitalizados (centro de enfermería u hospital). • Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si su afección o diagnóstico hace que los LTSS sean médicamente necesarios. | <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 97



| Servicios de exención operados por la CLTC que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|--|
| <p>Servicios de exención para VIH/sida</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"> • administración de casos y coordinación de estos servicios de exención; • 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>Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si su afección o diagnóstico hace que los LTSS sean médicamente necesarios.</p> | <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 98



| Servicios de exención operados por la CLTC que paga nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|--|--|
| <p>Servicios de exención para personas que necesitan ventilación mecánica</p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para afiliados que pertenezcan a la exención de personas que necesitan ventilación mecánica. Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • administración de casos y coordinación de estos servicios de exención; • 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 un centro de enfermería o en su hogar). • Los beneficios de LTSS pueden estar disponibles para afiliados que no están inscritos en un programa de exención si su afección o diagnóstico hace que los LTSS sean médicamente necesarios. | <p>Es posible que se necesite autorización previa (aprobación por adelantado). Comuníquese con el plan para obtener más información.</p> <p>\$0</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com. 99



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. Puede obtener estos servicios del mismo modo en que lo hace hoy.

F1. Cuidado de enfermos terminales

Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado de enfermos terminales le diagnostican una enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. El médico del centro de cuidado de enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios, en la Sección D de este capítulo, para obtener más información sobre lo que paga Absolute Total Care, mientras usted recibe servicios de cuidado de enfermos terminales.

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

- El proveedor del centro de cuidado de enfermos terminales le facturará los servicios a Medicare. A través de Medicare, se pagarán los servicios de cuidado de enfermos terminales relacionados con su enfermedad terminal. Usted no paga estos servicios.

Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B que no están relacionados con su enfermedad terminal (excepto la atención de emergencia o la atención requerida de urgencia):

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

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Parte D de Absolute Total Care:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente. Consulte el Capítulo 5, Sección F3, página 121, para obtener más información.

Nota: Si necesita atención que no está relacionada con el cuidado de enfermos terminales, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es cuidado de enfermos terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Para ponerse en contacto con su coordinador de atención, llame al número que figura en la parte inferior de la página.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

F2. Servicios dentales

Los diagnósticos (evaluación bucal y rayos X), la atención preventiva (limpieza anual), las restauraciones dentales (empastes) y la atención quirúrgica (extracciones/remociones) están cubiertos en un régimen de pago por servicio con un copago de \$3.40. Comuníquese con su coordinador de atención para obtener más información.

F3. Transporte médico que no sea de emergencia

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

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

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

Esta sección le brinda información sobre qué tipos de beneficios son excluidos por el plan. Excluidos significa que el plan no paga estos beneficios. Ni Medicare ni Healthy Connections Medicaid pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia, y algunos que son excluidos por el plan solo en determinados casos.

El plan no pagará los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del Afiliado*), salvo bajo las condiciones específicas mencionadas. Si usted cree que deberíamos pagar un servicio sin cobertura, puede presentar una apelación. Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4.2, página 164.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

- Acupuntura.
- Atención quiropráctica diferente de la manipulación manual de la columna vertebral conforme a las pautas de cobertura de Medicare.
- Cirugía cosmética u otro procedimiento estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con alguna malformación. Sin embargo, se cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para asegurar la simetría.
- Dentaduras postizas. Sin embargo, la atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes internados o ambulatorios.
- Procedimientos o servicios optativos o voluntarios para mejorar (pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, atlético y mental, procedimientos cosméticos y para combatir el envejecimiento, entre otros), excepto cuando son médicamente necesarios.
- Medicamentos, tratamientos y artículos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección K, página 45, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Anteojos, exámenes de la vista regulares, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para la vista deficiente. Sin embargo, se cubrirán los anteojos después de cada cirugía de cataratas.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Servicios de naturoterapeutas (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para las piernas y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con pie diabético. Dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con pie diabético.
- Artículos personales en su habitación de un hospital o de una casa de reposo, como un teléfono o un televisor.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Cuidado de los pies de rutina, excepto la cobertura limitada proporcionada conforme a las pautas de Medicare.
- Servicios que no se consideran “razonables y necesarios”, según los estándares de Medicare y Healthy Connections Medicaid, a menos que sean establecidos por el plan como servicios cubiertos.
- Servicios proporcionados a los veteranos en centros que dependen del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (por sus siglas en inglés, VA). Sin embargo, cuando un veterano obtiene servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA supera el costo compartido conforme a nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Aun así, los afiliados son responsables de sus montos de costo compartido.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

Introducción

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

Absolute Total Care también cubre los siguientes medicamentos, aunque estos no se detallan en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que le administran mientras está internado en un hospital o una casa de reposo.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le aplican durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 53.

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

En general, se cubrirán los medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se describen en esta sección.

1. Usted debe solicitarle a un médico u otro proveedor que escriba su receta médica. Esta persona, por lo general, es su proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo ha remitido para su atención.
2. En general, debe surtir su receta médica en una farmacia de la red.
3. El medicamento recetado debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar.
 - Si no está en la *Lista de Medicamentos*, podremos cubrir el medicamento con una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9, Sección 6.3, página 185, para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
4. El medicamento se debe utilizar de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso de medicamentos debe ser aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por determinadas referencias médicas.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Índice

| | | |
|-----|--|-----|
| A. | Como surtir sus recetas médicas..... | 107 |
| A1. | Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red..... | 107 |
| A2. | Cómo usar su tarjeta de identificación de afiliado al surtir una receta médica | 107 |
| A3. | Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red | 107 |
| A4. | Qué debe hacer si su farmacia abandona la red | 107 |
| A5. | Cómo comprar en una farmacia especializada..... | 108 |
| A6. | Cómo usar los servicios de compra por correo para obtener medicamentos..... | 108 |
| A7. | Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo..... | 110 |
| A8. | Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan..... | 110 |
| A9. | Reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica..... | 111 |
| B. | <i>Lista de Medicamentos</i> del plan..... | 111 |
| B1. | Medicamentos incluidos en la <i>Lista de Medicamentos</i> | 111 |
| B2. | Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> | 112 |
| B3. | Medicamentos no incluidos en la <i>Lista de Medicamentos</i> | 112 |
| B4. | Niveles de la <i>Lista de Medicamentos</i> | 113 |
| C. | Límites de algunos medicamentos..... | 113 |
| D. | Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto..... | 115 |
| D1. | Cómo obtener un suministro temporal..... | 115 |
| D2. | Cómo solicitar un suministro temporal..... | 117 |
| D3. | Cómo solicitar una excepción..... | 118 |
| E. | Cambios en la cobertura de medicamentos..... | 118 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 121
 - F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan..... 121
 - F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo..... 121
 - F3. Si se encuentra en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare..... 121
- G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos 122
 - G1. Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura 122
 - G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar los medicamentos 122
 - G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura..... 123

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



A. Cómo surtir sus recetas médicas

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

En la mayoría de los casos, se cubrirán las recetas médicas **solo** si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir las recetas médicas de los afiliados de nuestro plan. Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

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

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

Si no tiene la tarjeta de identificación de afiliado en el momento de surtir la receta médica, pida a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no logra obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento en el momento de recogerlo. Luego puede solicitarnos que le realicemos el reembolso. Si no puede pagar el medicamento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de inmediato. Haremos todo lo posible para ayudarlo.

- Para saber cómo puede solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 134.
- Si necesita ayuda para surtir una receta médica, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a su coordinador de atención.

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

Si cambia de farmacias y necesita la repetición de una receta, puede solicitar que un proveedor le escriba una receta médica nueva o que su farmacia transfiera la receta médica a la farmacia nueva si esta tiene repeticiones disponibles.

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

A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa abandona la red de nuestro plan, deberá buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

A5. Cómo comprar en una farmacia especializada

A veces, las recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo.
 - Generalmente, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, debe asegurarse de obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o tiene problemas para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano. Excepto en emergencias, solo los indígenas nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que requieren una manipulación especial e instrucciones para su utilización.

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

A6. Cómo usar los servicios de compra por correo para obtener medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de la compra por correo son medicamentos que usted toma regularmente para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de compra por correo del plan están marcados como medicamentos de compra por correo (por sus siglas en inglés, MO) en la *Lista de Medicamentos*.

El servicio de compra por correo de nuestro plan le permite comprar un suministro de hasta 90 días. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Cómo surtir recetas médicas por correo

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

En general, obtendrá una receta médica surtida en una farmacia de compra por correo dentro de los 10 días. Si su compra se demora, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a CVS Caremark al 1-888-624-1139 (TTY: 711) o a Homescripts al 1-888-239-7690 (TTY: 711).

Proceso de compra por correo

El servicio de compra por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia, para las recetas nuevas que la farmacia obtiene directamente del consultorio de su proveedor y para las repeticiones de sus recetas de compra por correo:

1. Recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia

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

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

Después de recibir la receta médica que envía el consultorio de su proveedor de atención de salud, la farmacia se pondrá en contacto con usted para determinar si quiere surtir el medicamento inmediatamente o después.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (concentración, cantidad y fórmula) y, en caso de que sea necesario, le permitirá suspender o retrasar el pedido antes de que se lo envíe.
- Es importante que responda siempre que la farmacia se comunice con usted, para indicarles qué tienen que hacer con la receta médica nueva y, así, prevenir demoras en el envío.

3. Repeticiones de recetas médicas de compra por correo

Para obtener las repeticiones de sus medicamentos, tiene la opción de suscribirse al programa de repetición automática. Este programa nos permite comenzar a procesar su próxima repetición automáticamente cuando nuestros registros indican que su suministro del medicamento está por acabarse.

- Antes de enviar cada repetición, la farmacia se comunicará con usted para asegurarse de que efectivamente necesite más medicamento. Usted puede cancelar las repeticiones programadas si tiene un suministro suficiente o si ha cambiado de medicamento.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Si elige no usar nuestro programa de repetición automática, póngase en contacto con la farmacia 14 días antes de quedarse sin medicamentos; de esa manera, podrá asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Si decide no participar en nuestro programa que prepara automáticamente las repeticiones de compra por correo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios al Afiliado o a su farmacia de compra por correo.

CVS Caremark: 1-888-624-1139 (TTY: 711).

Homescripts: 1-888-239-7690 (TTY: 711).

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted y confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de avisar a la farmacia cuál es la mejor forma de contactarlo. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para brindar esta información.

A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que figuren en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se informa qué farmacias pueden proveerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información.

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

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

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

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

- Viaja fuera del área de servicio del plan y necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red más cercana.
- Necesita un medicamento con urgencia y no hay una farmacia de la red que esté cerca y abierta.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Debe abandonar su hogar debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.
- En general, cubriremos por única vez un suministro de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en estas situaciones.

En estos casos, consulte primero al Departamento de Servicios al Afiliado para saber si hay una farmacia de la red cercana.

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

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

Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 134.

B. Lista de Medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos*.

El plan selecciona los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* también le informa si existe alguna regla que deba cumplir para poder obtener los medicamentos.

Cubriremos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos incluidos en la *Lista de Medicamentos*

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

La *Lista de Medicamentos* incluye tanto medicamentos de marca como genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. En general, tienen la misma eficacia que el medicamento de marca, pero cuestan menos.

Cubriremos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos que requieren receta médica y tienen la misma eficacia. Si quiere obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

Para averiguar si un medicamento que usted toma está en la *Lista de Medicamentos*, puede hacer lo siguiente:

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

B3. Medicamentos no incluidos en la *Lista de Medicamentos*

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

Absolute Total Care no pagará los medicamentos que se encuentren en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta médica para un medicamento excluido, deberá pagarla usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido para su caso, puede presentar una apelación. (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 164).

A continuación, se detallan tres reglas generales para medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y de Healthy Connections Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto conforme a Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos conforme a Medicare Parte A o Parte B están cubiertos por Absolute Total Care de forma gratuita, pero no se consideran parte de los beneficios de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por determinadas referencias médicas como un tratamiento para su afección. El médico puede recetar un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se denomina uso no indicado. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando son recetados para un uso no indicado.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

- Medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad.
- Medicamentos que se utilizan para el alivio de los síntomas de la tos o del resfrío.
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que los fabrica determina que usted debe hacerse pruebas y recibir servicios provistos solo por esta.

B4. Niveles de la *Lista de Medicamentos*

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

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos. Este es el nivel más bajo.
- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca.
- El nivel 3 (medicamentos que requieren receta médica y de venta libre no cubiertos por Medicare) incluye medicamentos genéricos y de marca. Este es el nivel más alto.

Para saber en qué nivel está su medicamento, búsquelo en la

Lista de Medicamentos del plan. En el Capítulo 6, Sección C, página 128, se

informa el monto que debe pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos que requieren receta médica, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su enfermedad, y que sea seguro y eficaz.

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

Si 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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Si existe alguna regla especial para sus medicamentos, en general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que le cubramos los medicamentos. Por ejemplo, es probable que el proveedor deba informarnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no se aplica a su situación, puede solicitar que se haga una excepción. Podemos o no estar de acuerdo con que utilice el medicamento sin seguir los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3, página 185.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando está disponible su versión genérica

En general, un medicamento genérico tiene la misma eficacia que un medicamento de marca, pero suele costar menos. En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica.

- En general, no pagamos los medicamentos de marca cuando está disponible su versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que sirven para tratar la misma afección serán eficaces para usted, cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener una aprobación por adelantado del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben conseguir la aprobación de Absolute Total Care antes de surtir una receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que Absolute Total Care no cubra el medicamento.

3. Probar primero con un medicamento distinto

En general, el plan quiere que pruebe medicamentos de costo más bajo (que suelen tener la misma eficacia) antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, el plan puede solicitar que primero pruebe el medicamento A.

Si el medicamento A no es eficaz para usted, entonces se cubrirá el medicamento B. Esto se denomina “terapia escalonada”.

4. Aplicar límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener. Esto se denomina “límite de cantidad”. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte una receta médica.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Averigüe si estas reglas se aplican a sus medicamentos

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o que quiere tomar, consulte la *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que figura en la parte inferior de la página, o consulte nuestro sitio web que figura en la parte inferior de la página.

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

Nuestro objetivo es que su cobertura de medicamentos sea conveniente para usted, pero en algunas ocasiones, puede ser que un medicamento no tenga la cobertura que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por el plan. El medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos*. Es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted quiere tomar, no. Es posible que un medicamento sea nuevo y que todavía no hayamos revisado su seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas especiales o límites en su cobertura. Como se explica en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o la persona que receta pueden solicitar una excepción a la regla.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en la *Lista de Medicamentos* o cuando esté limitado de alguna manera. Esto le permite tener el tiempo necesario para hablar con su proveedor sobre el cambio de medicamento o para pedirle al plan la cobertura del medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando tiene alguna de estas características:
 - ya no está en la *Lista de Medicamentos* del plan;
 - nunca estuvo en la *Lista de Medicamentos* del plan;
 - ahora está limitado de alguna manera.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

- Usted ya estaba en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y, en una farmacia de atención a largo plazo, un suministro de hasta 31 días.
 - Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos obtener varias repeticiones hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y para 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 180 días a partir de su afiliación al plan.
 - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y de hasta 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
 - Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos obtener varias repeticiones hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y para 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Ha permanecido en el plan durante más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro para 31 días o menos si en su receta médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado previamente.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Durante el año del plan, es posible que cambie su entorno de tratamiento (el lugar donde obtiene y toma el medicamento) debido al nivel de atención que usted requiere. Para estos cambios en los entornos de tratamiento, Absolute Total Care cubrirá un suministro temporal de 31 días del medicamento cubierto conforme a la Parte D cuando usted surta la receta médica en una farmacia de la red. Estas transiciones incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Afiliados que reciben el alta del hospital o del centro de enfermería especializada y pasan a recibir tratamiento en el hogar.
 - Afiliados que son admitidos en un centro de enfermería especializada tras haber recibido tratamiento en el hogar.
 - Afiliados que se trasladan de un centro de enfermería especializada a otro que trabaja con una farmacia diferente.
 - Afiliados que terminan su estadía conforme a Medicare Parte A en un centro de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y ahora necesitan usar su beneficio del plan de la Parte D.
 - Afiliados que dejan su condición de cuidado de enfermos terminales.
 - Afiliados dados de alta de un hospital para pacientes psiquiátricos crónicos con esquemas farmacológicos altamente individualizados.

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

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este se le acabe. A continuación, se detallan sus opciones:

- Puede cambiarlo por otro medicamento.

Es posible que haya otro medicamento cubierto por el plan que le sirva. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



O BIEN

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, pueden solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la *Lista de Medicamentos*. O puede pedirle al plan que cubra un medicamento sin límites. Si el proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarlo con la solicitud.

D3. Cómo solicitar una excepción

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

- Le informaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Luego, usted puede solicitar que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento como le gustaría que estuviera cubierto para el próximo año.
- Responderemos a su solicitud de una excepción dentro de las 72 horas de recibirla (o de recibir la declaración de respaldo de la persona que receta).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3, página 185.

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

E. Cambios en la cobertura de medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1.º de enero, pero Absolute Total Care puede agregar o quitar medicamentos de la *Lista de Medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

- Decidir si exigir o no exigir aprobación previa para un medicamento. (La aprobación previa es el permiso de Absolute Total Care antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (denominado límite de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada sobre un medicamento. (La terapia escalonada se refiere a que usted debe probar un medicamento antes de que podamos cubrir otro).

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que ocurra lo siguiente:

- Aparece un nuevo medicamento más económico en el mercado que actúa con la misma eficacia que el medicamento que se encuentra actualmente en la *Lista de Medicamentos*.
- Nos enteramos de que el medicamento no es seguro.
- Un medicamento se retira del mercado.

Para obtener información sobre lo que sucede cuando la *Lista de Medicamentos* cambia, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consultar la *Lista de Medicamentos* actualizada de Absolute Total Care en línea, en mmp.absolutetotalcare.com.
- Llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-735-4398 (TTY: 711),

para consultar la *Lista de Medicamentos* actual. Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* tendrán lugar **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Aparece un medicamento genérico nuevo.** Algunas veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico que actúa con la misma eficacia que el medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de Medicamentos. Cuando eso sucede, es posible que retiremos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero su costo para el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o más bajo.

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

- Tal vez no le informemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realicemos cuando ello suceda.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9, Sección 6.3, página 185, de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA) informa que un medicamento que usted está tomando no es seguro o que el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, lo quitaremos de la *Lista de Medicamentos*. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos sobre el cambio. Su médico puede hablar con usted para encontrar otro medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* que trate su afección.

Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le avisaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios se pueden producir en los siguientes casos:

- La FDA proporciona nueva orientación o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
 - reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la *Lista de Medicamentos*.
 - cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el

medicamento de marca. Cuando se produzcan estos cambios, haremos

lo siguiente:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en la *Lista de Medicamentos*.
- Le avisaremos y le brindaremos un suministro para 30 días del medicamento después de que pida una repetición.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que recete. Esta persona puede ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si existe un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar.
- Si es necesario pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3, página 185.

Podemos realizar cambios que no afecten los medicamentos que está tomando. En dicho caso, si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

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

Si 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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, en general cubriremos el costo de sus medicamentos que requieren receta médica durante la internación. No deberá pagar un copago. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, se cubrirán sus medicamentos, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

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

En general, un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo, tiene su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos que requieren receta médica a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para saber si la farmacia del centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

F3. Si se encuentra en un programa de cuidado de enfermos terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado de enfermos terminales y por nuestro plan simultáneamente.

- Si está inscrito en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, un laxante, un medicamento para el dolor o la ansiedad que no están cubiertos por el centro de cuidado de enfermos terminales porque no están relacionados con su enfermedad terminal y las afecciones derivadas, antes de que el plan pueda cubrirlo, debemos recibir una notificación de la persona que receta o del proveedor de su centro, en la que se informe que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras a la hora de recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por el plan, usted puede pedirle al proveedor de su centro de cuidado de enfermos terminales o a la persona que receta que, antes de pedir que una farmacia surta la receta médica, se asegure de que recibamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Si se va del centro de cuidado de enfermos terminales, el plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio en un centro de cuidado de enfermos terminales de Medicare finaliza, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar que dejó el centro. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D.

Para obtener más información sobre los beneficios del centro de cuidado de enfermos terminales, consulte el Capítulo 4, Sección F1, página 100.

G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

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

Cada vez que usted surte una receta médica, buscamos posibles problemas, tales como errores con los medicamentos o medicamentos con las siguientes características:

- Medicamentos que podrían no ser necesarios, debido a que usted toma otro medicamento que hace lo mismo.
- Medicamentos que podrían no ser seguros para su edad o sexo.
- Medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo.
- Medicamentos con componentes a los que usted es o puede ser alérgico.
- Medicamentos para el dolor con cantidades inseguras de opioides.

Si observamos un posible problema en la utilización de medicamentos que requieren receta médica, nos pondremos de acuerdo con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar los medicamentos

Si toma medicamentos para tratar afecciones médicas diferentes, es posible que cumpla con los requisitos para recibir servicios sin costo a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (por sus siglas en inglés, MTM). Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos mejoren su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- Cómo aprovechar al máximo los beneficios de los medicamentos que toma.
- Las inquietudes que tenga, como los precios de los medicamentos y las reacciones a estos.
- Cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos.
- Las preguntas o los problemas que tenga relacionados con su receta médica y medicamento de venta libre.

Si tiene alguna pregunta, llame a 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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Recibirá un resumen de esta conversación por escrito. Este contiene un plan de acción para los medicamentos, que le indica cómo aprovechar al máximo sus medicamentos. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma y el motivo por el cual lo hace.

Es una buena idea programar una revisión de sus medicamentos antes de la visita anual de bienestar, para que pueda hablar con el médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a la visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención de salud. También lleve la lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los afiliados que reúnen los requisitos. Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no quiere estar en el programa, infórmenos sobre ello, y anularemos la inscripción.

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

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

Absolute Total Care cuenta con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados usen de manera segura sus medicamentos opioides que requieren receta médica u otros medicamentos que pueden ser objeto de abuso frecuente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (por sus siglas en inglés, DMP).

Si toma opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que los esté tomando de manera correcta y de que el uso sea médicamente necesario. Si decidimos, en conjunto con sus médicos, que corre riesgo de abusar o hacer mal uso de los opioides o las benzodiazepinas, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para esos medicamentos en **una sola farmacia** o a través de **un solo médico**.
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted.

Si decidimos que una o más de limitaciones deben aplicarse en su caso, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta le explicaremos las limitaciones que consideramos deberían aplicarse.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted corre riesgo de abusar de un medicamento que requiere receta médica, usted y la persona que receta pueden presentar una apelación. (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4.2, página 164).

El DMP puede no aplicarse a usted en los siguientes casos:

- Tiene determinadas enfermedades, como cáncer.
- Recibe cuidado de enfermos terminales, atención paliativa o atención para el final de la vida.
- Vive en un centro de atención a largo plazo.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

Introducción

En este capítulo, se brinda información sobre cuánto paga por los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Al hablar de “medicamentos”, nos referimos a lo siguiente:

- medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D;
- medicamentos y artículos cubiertos por Healthy Connections Medicaid;
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que cumple con los requisitos para Healthy Connections Medicaid, usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D.

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “subsidio por ingreso bajo” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*. Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que requieren receta médica, consulte los siguientes:

- La *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan.
 - Esta se denomina “Lista de Medicamentos”. Le indica lo siguiente:
 - qué medicamentos paga el plan;
 - en cuál de los tres niveles está cada medicamento;
 - si hay algún límite para el medicamento.
 - Si necesita una copia de la *Lista de Medicamentos*, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al número que figura en la parte inferior de la página. También puede encontrar la *Lista de Medicamentos* en el sitio web que figura en la parte inferior de la página. La *Lista de Medicamentos* de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Capítulo 5 de este *Manual del Afiliado*.
 - En el Capítulo 5, página 104, se informa cómo obtener los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan.
 - Incluye reglas que debe cumplir. También establece qué tipos de medicamentos que requieren receta médica no están cubiertos por el plan.
- El *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.
 - En la mayoría de los casos, usted debe comprar en una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de Farmacias y Proveedores* tiene una lista de farmacias de la red. Puede obtener más información sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A1, página 107.

Índice

| | |
|---|-----|
| A. Explicación de Beneficios | 127 |
| B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos | 127 |
| C. Usted no debe pagar nada por el suministro a largo plazo o de un mes de medicamentos | 128 |
| C1. Niveles del plan..... | 128 |
| C2. Sus opciones de farmacias | 129 |
| C3. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo | 129 |
| C4. Qué paga usted..... | 130 |
| D. Vacunas | 131 |
| D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna | 131 |
| D2. Cuánto paga por una vacuna de Medicare Parte D..... | 131 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



A. Explicación de Beneficios

El plan lleva un registro de sus medicamentos que requieren receta médica. Nosotros llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **costos de desembolso**. Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos que requieren receta médica.
- Los **costos totales de medicamentos**. Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos que requieren receta médica, más el monto que paga el plan.

Cuando obtiene medicamentos que requieren receta médica a través del plan, le enviamos un informe denominado *Explicación de Beneficios*. La denominamos la *EOB* para abreviar. La *EOB* incluye lo siguiente:

- **Información sobre el mes**. El informe indica qué medicamentos que requieren receta médica obtuvo. Muestra los costos totales de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y las demás personas en su nombre.
- **Información del año hasta la fecha**. Estos son los costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados a partir del 1.º de enero.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para sus costos totales de desembolso.
- Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos por el plan, consulte la *Lista de Medicamentos*.

B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y de los pagos que realiza, usamos registros que obtenemos de usted y de las farmacias. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Utilice su tarjeta de identificación de afiliado.

Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cada vez que surta una receta médica. Esto nos permitirá saber las recetas médicas que surte y lo que paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. Puede solicitar que le hagamos un reembolso por el medicamento.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



A continuación, se mencionan algunas situaciones en las que debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por los medicamentos que obtuvo mediante el programa de asistencia para pacientes del fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto.

Para saber cómo puede solicitarnos el reembolso por el medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 134.

3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas hicieron por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el sida, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los costos de desembolso.

4. Controle los informes que le enviamos.

Cuando reciba la *Explicación de Beneficios* por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe, o si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Guarde estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Usted no debe pagar nada por el suministro a largo plazo o de un mes de medicamentos

Con Absolute Total Care, no paga nada por los medicamentos cubiertos mientras siga las reglas del plan.

C1. Niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en la *Lista de Medicamentos*. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan está en uno de los tres niveles. Usted no tiene que pagar ningún copago por los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre que se encuentran en la *Lista de Medicamentos* de Absolute Total Care. Para obtener información sobre los niveles de los medicamentos, consulte la *Lista de Medicamentos*.

- El nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- El nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca.
- El nivel 3 (medicamentos que requieren receta médica y de venta libre no cubiertos por Medicare) incluye medicamentos genéricos y de marca.

C2. Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtiene:

- una farmacia de la red;
- una farmacia fuera de la red.

En ciertas ocasiones, cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 110, para saber cuándo podemos hacerlo.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5, página 104, de este manual y el *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo se extiende hasta 90 días. Usted no debe pagar nada por un suministro a largo plazo.

Si quiere obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo, consulte el Capítulo 5, Sección A7, página 110, o el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



C4. Qué paga usted

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

| | Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 90 días | El servicio de compra por correo del plan Un suministro de un mes o de hasta 90 días | Una farmacia de atención a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días | Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5, Sección C, página 113, para obtener detalles. |
|---|--|---|--|---|
| Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos) | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de marca) | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos que requieren receta médica y de venta libre no cubiertos por Medicare) | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |

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

Si tiene alguna pregunta, llame a 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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



D. Vacunas

Se cubren las vacunas de Medicare Parte D. Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D comprende dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento que requiere receta médica.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de la **aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, en ocasiones, su médico puede aplicarle la vacuna mediante una inyección.

D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna

Le recomendamos que primero llame al Departamento de Servicios al Afiliado cuando planee recibir una vacuna.

- Podemos explicarle cómo se cubre la vacuna.
- Podemos informarle cómo reducir costos utilizando proveedores y farmacias de la red. Las *farmacias de la red* son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud. El proveedor o la farmacia de la red deben trabajar con Absolute Total Care para garantizar que usted no tenga costos por adelantado por una vacuna de la Parte D.

D2. Cuánto paga por una vacuna de Medicare Parte D

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud, más que medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo. Si quiere obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 53.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Estas vacunas aparecen en la *Lista de Medicamentos* del plan.

A continuación, se detallan tres maneras de obtener una vacuna de Medicare Parte D.

1. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia de la red, y se la aplican en la farmacia.
 - Usted no pagará nada por la vacuna.
 - Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico, y el médico se la aplica.
 - Usted no pagará nada al médico por la vacuna.
 - Se cubrirá el costo de la aplicación.
 - En este caso, el consultorio del médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y se la aplican en el consultorio de su médico.
 - Usted no pagará nada por la vacuna.
 - Se cubrirá el costo de la aplicación.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

Introducción

Este capítulo le informa cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

| | |
|--|-----|
| A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos | 134 |
| B. Cómo enviarnos una solicitud de pago | 136 |
| C. Decisiones de cobertura | 137 |
| D. Apelaciones | 138 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Los proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya ha recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si usted recibe una factura por la atención de salud o los medicamentos, envíenos la factura. Para saber cómo enviarnos una factura, consulte la página 135.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que le hagamos un reembolso.
 - Si usted pagó los servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el monto.
 - Si usted pagó los servicios cubiertos por Healthy Connections Medicaid, no podemos reembolsarle el monto, pero lo hará el proveedor. El Departamento de Servicios al Afiliado o la Defensoría de Healthy Connections Prime pueden ayudarlo a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página y el Capítulo 2, Sección H, página 27, para obtener los números de teléfono.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado o con su coordinador de atención si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si quiere brindarnos información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar al plan un reembolso o el pago de una factura que recibió:

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

Debe solicitarle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, solicite que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a ese proveedor.
 - Si usted ya pagó el servicio, le reembolsaremos el monto.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

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

- Debido a que Absolute Total Care paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar nada. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. Le reembolsaremos el dinero.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, usted tendrá que pagar el costo total de la receta médica.

- Solo en ciertas ocasiones, cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 110, para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

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

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

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



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

Es posible que pague el costo total de la receta médica porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* del plan, o puede tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que considera que no se aplican a usted. Si decide comprar el medicamento, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
 - Si usted no paga el medicamento, pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 164).
 - Si usted y el médico u otra persona que receta consideran que necesita el medicamento de inmediato, usted puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9, Sección 5.2, página 168).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que tengamos que obtener más información de su médico o de otra persona que receta para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la evaluaremos para decidir si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe tener cobertura, le pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 164.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros.** Puede solicitarle ayuda al coordinador de atención.

Envíenos por correo la solicitud de pago, junto con todas las facturas o los recibos, a

la siguiente dirección: Reclamos de farmacia:

Absolute Total Care
Attention: Pharmacy Claims
P.O. Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741-9069

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Para medicamentos de la Parte D, debe enviarnos el reclamo en el plazo de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento de la Parte D.

Reclamos médicos:

Absolute Total Care
Claims Department
P.O. Box 3060
Farmington, MO 63640-3822

Para servicios, artículos y medicamentos que no sean de la Parte D, debe enviarnos el reclamo en el plazo de 365 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento que no es de la Parte D.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos la solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si la atención de salud o el medicamento están cubiertos por el plan. También decidiremos el monto, si corresponde, que usted tiene que pagar por la atención de salud o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional.
- Si decidimos que la atención de salud o el medicamento están cubiertos, y usted cumplió con todas las reglas para obtenerlos, pagaremos el costo. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por el monto que pagó. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3, página 29, explica las reglas para obtener servicios cubiertos. El Capítulo 5, Sección B1, página 111, explica las reglas para obtener sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no realizaremos el pago. La carta también detallará sus derechos a presentar una apelación.
- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 164.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitar que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina “presentar una apelación”. Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, página 158.

- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención de salud, vaya a la página 164.
- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, vaya a la página 164.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como afiliado a nuestro plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

| | |
|---|-----|
| A. Su derecho a obtener información de manera tal que satisfaga sus necesidades..... | 140 |
| B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma | 141 |
| C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal..... | 142 |
| C1. Cómo protegemos su PHI | 142 |
| C2. Tiene derecho a ver sus expedientes médicos | 143 |
| D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos | 150 |
| E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted | 151 |
| F. Tiene derecho a abandonar nuestro plan en cualquier momento..... | 151 |
| G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud..... | 152 |
| G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud | 152 |
| G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud..... | 153 |
| G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones..... | 154 |
| H. Su derecho a opinar sobre cómo se administra el plan. | 154 |
| I. Su derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado | 154 |
| I1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos..... | 154 |
| J. Sus responsabilidades como afiliado al plan..... | 155 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com

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

Debemos informarle sobre las opciones, las reglas y los beneficios del plan y sobre sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder sus preguntas en varios idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en español y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande, en forma gratuita. Para obtener material en español o en otro idioma o formato, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que figura en la parte inferior de la página. También puede escribir a Absolute Total Care: 1441 Main Street, Suite 900, Columbia, SC 29201. Además, puede pedir que, en el futuro, le enviemos material en el mismo idioma o formato. Si luego desea cambiar su elección de idioma o formato, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Además, puede llamar a Healthy Connections Medicaid directamente para que lo ayuden a resolver sus problemas. Puede obtener asistencia de Healthy Connections Medicaid de la siguiente forma:
 - Llame a la Defensoría de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Allí lo ayudarán a comprender el proceso de presentación de quejas y le indicarán quién puede asistirlo. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

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

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



If later you want to change the language and/or format choice, please call Member Services.

- ➔ If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- ➔ You can also call Healthy Connections Medicaid directly for help with problems. Here is how to get help from Healthy Connections Medicaid:
 - Call the Healthy Connections Prime Advocate at 1-844-477-4632. They can help you understand the complaint process and tell you who can help. TTY users should call 711.

B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma

Como afiliado al plan:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3, Sección D, página 34.
 - Llame al Departamento de Servicios al Afiliado o busque en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para obtener más información sobre los proveedores de la red y para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a una red de proveedores de atención primaria y especialistas que cubran sus necesidades en cuanto a ubicación física, comunicación y programación.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin obtener una remisión. Una remisión es una aprobación de su PCP para que consulte a un profesional que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas en tiempo y forma.
 - Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención requerida de urgencia sin aprobación previa.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Tiene derecho a surtir las recetas médicas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D4, página 38.

El Capítulo 9, Sección 5, página 167, le informa sobre qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. El Capítulo 9, Sección 4, página 157, también le informa sobre qué hacer si rechazamos la cobertura de servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal

Protegemos su información médica personal (por sus siglas en inglés, PHI), tal como lo requieren las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos brindó cuando se inscribió en este plan. También incluye expedientes médicos y otra información médica y de la salud.

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos un aviso escrito en el que también se informa sobre estos derechos. Este aviso se denomina “Aviso de Prácticas de Privacidad”. Este aviso, además, explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.

En la mayoría de los casos, no le proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinde atención ni pague su atención. Si lo hacemos, se nos exige que obtengamos un permiso escrito de su parte antes de hacerlo. Usted, o alguna persona que tenga facultades legales para tomar decisiones en su nombre, puede conceder el permiso escrito.

En determinados casos, no se nos exige obtener su permiso escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.

- Estamos obligados a divulgar su PHI a agencias gubernamentales que controlan la calidad de nuestra atención.
- Estamos obligados a proporcionar a Medicare o a Healthy Connections Medicaid su PHI. Si Medicaid o Healthy Connections Medicaid divulgan su PHI para investigaciones u otros usos, lo harán conforme a las leyes federales o estatales.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



C2. Tiene derecho a ver sus expedientes médicos

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de ellos. Podemos cobrarle para realizar una copia de sus expedientes médicos.

Tiene derecho a solicitar que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos lo solicita, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber si se compartió su PHI con otras personas y cómo se hizo.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE MEDICARE-MEDICAID ABSOLUTE TOTAL CARE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Deberes de las entidades cubiertas

Absolute Total Care es una entidad cubierta conforme a las definiciones y regulaciones de la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, HIPAA) de 1996. Absolute Total Care tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información médica protegida. Debemos entregarle este aviso. Este incluye nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI. Debemos cumplir con los términos del aviso actual. Debemos informarle cualquier violación a la confidencialidad de su PHI.

Este aviso detalla cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. Además, describe sus derechos a tener acceso, modificar y administrar su PHI. También explica cómo ejercer sus derechos.

Absolute Total Care puede cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigor para la PHI que ya tenemos. También podemos hacer que entre en vigor para cualquier PHI que obtengamos en el futuro. Absolute Total Care actualizará este aviso y se lo enviará de inmediato siempre que haya un cambio importante en los siguientes puntos:

- los usos y las divulgaciones;
- sus derechos;
- nuestras obligaciones legales;
- otras prácticas de privacidad establecidas en el aviso.

Los avisos actualizados se publicarán en nuestro sitio web. Además, le enviaremos una copia por correo postal o electrónico si la solicita.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Usos y divulgaciones de su PHI

A continuación, se describe cómo podemos usar o divulgar su PHI sin su permiso o autorización:

Tratamiento. Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención de salud que le esté proporcionando un tratamiento. Lo hacemos para coordinar su tratamiento entre los diferentes proveedores. También nos ayuda con las decisiones sobre autorizaciones previas relacionadas con sus beneficios.

Pagos. Podemos usar o divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención de salud que haya recibido. Podemos divulgar su PHI a otros planes de salud, proveedores de atención de salud u otra entidad para realizar un pago. Esto está sujeto a las reglas federales de privacidad. Las actividades de pago pueden incluir lo siguiente:

- procesamiento de reclamos;
- determinación de elegibilidad o cobertura para los reclamos;
- emisión de facturas de primas;
- revisión de la necesidad médica de los servicios;
- revisión de la utilización de los reclamos.

Operaciones de atención de salud. Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención de salud. Estas actividades pueden incluir lo siguiente:

- prestación de servicios al cliente;
- respuesta a quejas y apelaciones;
- administración de casos y coordinación de la atención;
- revisión médica de reclamos y otras evaluaciones de calidad;
- actividades de mejoramiento.

Además, en nuestras operaciones de atención de salud, podemos divulgar PHI a socios comerciales. Estableceremos acuerdos escritos con estos socios para proteger la privacidad de su PHI. Podemos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a las reglas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted en cuanto a las actividades de atención de salud. Esto incluye lo siguiente:

- actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad;
- revisión de competencias o antecedentes de los profesionales de la salud;
- administración de casos y coordinación de la atención;
- detección o prevención de fraudes y abusos en la atención de salud.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Recordatorios de cita o alternativas para el tratamiento. Podemos usar o divulgar su PHI para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento y atención médica con nosotros. También podemos usarla o divulgarla para brindarle información sobre alternativas de tratamiento. Además, podemos usarla o divulgarla para otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, información para dejar de fumar o perder peso.

Según lo exigido por las leyes. Si las leyes federales, estatales o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar esta información. Lo hacemos cuando el uso o la divulgación cumplen con la ley. El uso o la divulgación se limitan a los requisitos de la ley. Es posible que existan diferencias con otras leyes o regulaciones. Si existieran diferencias, prevalecerán las leyes o regulaciones más restrictivas.

Actividades de salud pública. Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública a fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés, FDA). Podemos hacerlo para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios supervisados por la FDA.

Víctimas de maltrato y abandono. Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal. Esto incluye los servicios sociales o las agencias de servicios para la protección, autorizadas por la ley a recibir esos informes. Lo haremos si tenemos sospechas razonables de maltrato, abandono o violencia familiar.

Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos divulgar su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a lo siguiente:

- orden de un tribunal;
- orden de un tribunal administrativo;
- citación;
- notificación;
- orden judicial;
- solicitud de exhibición de pruebas;
- otras solicitudes legales similares.

Aplicación de la ley. Podemos divulgar la PHI pertinente a un funcionario de aplicación de la ley cuando se nos solicite. Por ejemplo, en respuesta a lo siguiente:

- orden judicial;
- orden de un tribunal;
- citación;
- notificación emitida por un funcionario judicial;
- citación de un gran jurado.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Además, podemos divulgar la PHI pertinente para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo de mérito o persona desaparecida.

Forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar su PHI a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que realicen sus actividades.

Donación de órganos, ojos y tejidos. Podemos divulgar su PHI a organizaciones de procuración de órganos. También la podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la procuración, el mantenimiento de bancos o el trasplante de los siguientes:

- órganos cadavéricos;
- ojos;
- tejidos.

Amenazas a la salud y la seguridad. Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para evitar o minimizar una amenaza inminente y grave. Esto incluye cualquier amenaza para la salud o seguridad pública o de una persona.

Funciones gubernamentales especiales. Si pertenece a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI en caso de que lo soliciten las autoridades militares. También podemos divulgar su PHI a las siguientes personas/entidades o para los siguientes fines:

- funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional;
- actividades de inteligencia;
- el Departamento Estatal para determinaciones de adecuación médica;
- los servicios de protección del presidente, o a otras personas autorizadas.

Indemnización por accidentes y enfermedades laborales. Podemos divulgar su PHI para cumplir con leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, u otros programas similares establecidos por la ley. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin importar quién es el culpable.

Situaciones de emergencia. En situaciones de emergencia o si usted no puede responder o no está presente, podemos divulgar su PHI. Esto incluye a un familiar, un amigo personal cercano, una agencia autorizada de servicios de salud en casos de desastre o cualquier otra persona identificada previamente por usted. Usaremos nuestro juicio profesional y experiencia para decidir si la divulgación es conveniente para usted. Si lo es, solo divulgaremos la PHI que sea directamente pertinente a la atención que le brinda la persona.

Investigación. En ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores, siempre y cuando el estudio de investigación clínica haya sido aprobado. Deben contar con medidas para asegurar la privacidad y protección de su PHI.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Acuerdos verbales para el uso y la divulgación de su PHI

Podemos utilizar su acuerdo verbal para usar y divulgar su PHI a otras personas. Esto incluye a un familiar, amigo personal cercano u otra persona identificada previamente por usted. Puede oponerse al uso o la divulgación de su PHI en el momento de la solicitud. Puede expresar su objeción o acuerdo verbal por anticipado. También puede expresarlo en el momento del uso o la divulgación. Limitaremos el uso o la divulgación de su PHI en estos casos. La información se limita a lo que es directamente pertinente al pago o tratamiento de atención de salud en los que esa persona participa.

En situaciones de desastre, podemos utilizar su objeción o acuerdo verbal para el uso y la divulgación de su PHI. Podemos brindársela a una agencia autorizada de servicios de salud en casos de desastre. Limitaremos el uso o la divulgación de su PHI en estos casos. Esto se limitará a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación y condición general. Puede expresar su objeción o acuerdo verbal por anticipado. También puede expresarlo en el momento del uso o la divulgación de su PHI.

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

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por los siguientes motivos:

Venta de PHI. Le solicitaremos su aprobación por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI. “Venta de PHI” significa que recibimos un pago por divulgar la PHI.

Comercialización. Solicitaremos su aprobación por escrito para usar o divulgar su PHI con fines comerciales, con excepciones limitadas. Por ejemplo, cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.

Notas de psicoterapia. Solicitaremos su aprobación por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas, con excepciones limitadas. Por ejemplo, un tratamiento determinado, pagos o funciones de operación de atención de salud.

Solo se realizarán otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este aviso con su aprobación por escrito. Puede revocar su aprobación en cualquier momento. La solicitud para revocar la aprobación debe presentarse por escrito, y entrará en vigor ni bien realice la solicitud. Existen dos casos en los que su solicitud no entrará en vigor inmediatamente. Primero, cuando ya hayamos tomado medidas en virtud de una autorización previa. Segundo, antes de haber recibido su revocación por escrito.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Sus derechos

A continuación, se describen sus derechos con relación a la PHI. Si quiere ejercer alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto se encuentra al final de este aviso.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud. También puede solicitar restricciones sobre las divulgaciones a personas que participan en su atención o en el pago de su atención. Esto incluye a familiares o amigos cercanos. En la solicitud, debe aclarar las restricciones que solicita. También debe figurar a quiénes se aplican. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de PHI para el pago, o las operaciones de atención de salud, a un plan de salud cuando usted haya pagado de su bolsillo la totalidad del servicio o del artículo.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI por otros medios o a otros lugares. Este derecho se aplica solamente si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunicara por otros medios o a otros lugares. Usted no tiene que explicar los motivos de su solicitud. Sin embargo, debe especificar que la información podría ponerlo en peligro si no se efectuara el cambio. Debemos cumplir con su solicitud si es razonable y especifica los otros medios de comunicación o el otro lugar al que debemos enviar su PHI.

Derecho a leer o a obtener copias de su PHI. Usted tiene derecho, con algunas excepciones limitadas, a leer u obtener copias de la PHI que se encuentra en un conjunto de expedientes designados. Puede solicitarnos que le brindemos copias en otro formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que pida, a menos que no sea posible. Para obtener acceso a su PHI, debe presentar una solicitud por escrito. Si rechazamos la solicitud, se lo explicaremos por escrito. Le informaremos si los motivos para el rechazo pueden ser revisados. También le informaremos cómo solicitar la revisión o si el rechazo no puede ser revisado.

Derecho a modificar su PHI. Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI si considera que contiene información incorrecta. Debe presentar una solicitud por escrito. Debe explicar los motivos por los que debe modificarse la información. Podemos rechazar la solicitud por ciertos motivos. Por ejemplo, si nosotros no generamos la información que quiere modificar y el creador de la PHI puede hacer la modificación. Si rechazamos su solicitud, se lo explicaremos por escrito. Puede responder con una declaración que indique que no está de acuerdo con nuestra decisión. Adjuntaremos su declaración a la PHI que solicitó que modifiquemos. Si aceptamos la solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos posibles para comunicarles la modificación a los demás. Esto incluye a las personas que usted mencione. Haremos un esfuerzo por incluir los cambios en las futuras divulgaciones de esa información.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Derecho a recibir un informe de las divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir una lista de todas las oportunidades en las que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI en los últimos 6 años. Este derecho no se aplica a la divulgación para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud, ni a las divulgaciones que usted autorizó, ni a otras actividades determinadas. Si lo solicita más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a esas solicitudes adicionales. Le brindaremos más información sobre nuestras tarifas cuando realice la solicitud.

Derecho a presentar una queja. Si usted considera que se han infringido sus derechos de privacidad o que no hemos respetado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros. También puede hacerlo por teléfono. Consulte el final de este aviso para obtener la información de contacto. También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, HHS) de los Estados Unidos.

La información de contacto se encuentra en el sitio web del HHS, www.hhs.gov/ocr. Le proporcionaremos la dirección para presentar una queja por escrito ante el HHS si la solicita.

NO HAREMOS NADA CONTRA USTED POR PRESENTAR UNA QUEJA.

Derecho a recibir una copia de este aviso. Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para hacerlo, use la información de contacto que aparece al final de este aviso. Si recibe este aviso a través de nuestro sitio web o por correo electrónico, también puede solicitar una copia impresa.

Información de Contacto

Si tiene preguntas sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito. También puede comunicarse con nosotros por teléfono. Para hacerlo, use la información de contacto que aparece 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 figura en la parte inferior de la página.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como afiliado a Absolute Total Care, usted tiene derecho a recibir información de parte nuestra. Si no habla español, contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud. Para recibir los servicios de un intérprete, simplemente llámenos al número que figura en la parte inferior de la página. Este es un servicio gratuito. Además, tenemos material impreso disponible en español. También podemos proporcionarle información en braille, en audio o en letra grande.

Si quiere obtener información acerca de cualquiera de los siguientes temas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado:

- Información sobre cómo elegir o cambiar de planes.
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - Información financiera.
 - Información sobre cómo hemos sido calificados por los afiliados al plan.
 - Información sobre cuántas apelaciones presentaron los afiliados.
 - Información sobre cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluido lo siguiente:
 - Información sobre cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria.
 - Antecedentes de nuestros proveedores y farmacias de la red.
 - Información sobre cómo pagamos a los proveedores de la red.
 - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o nuestras farmacias, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o visite nuestro sitio web, que figura en la parte inferior de la página.
- Servicios y medicamentos cubiertos, y reglas que usted debe cumplir, incluido lo siguiente:
 - Servicios y medicamentos cubiertos por el plan.
 - Límites de cobertura y medicamentos.
 - Reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto, que incluye solicitarnos lo siguiente:
 - La presentación por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto.
 - El cambio de una decisión que hayamos tomado.
 - El pago de una factura que recibió.

Como afiliado a Absolute Total Care, usted tiene derecho a recibir información oportuna de parte nuestra sobre todo cambio en el plan. Esto incluye obtener la información escrita que figura en sus materiales de orientación una vez al año y recibir notificaciones de todo cambio importante en estos materiales 30 días antes de que se produzcan dichos cambios.

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted

Usted tiene derechos financieros. Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red no pueden obligarlo a que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si le pagamos al proveedor menos de lo que nos cobra. Si quiere obtener más información sobre qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 129.

Tiene derecho a no verse obligado a pagar costos que son responsabilidad de Absolute Total Care.

Tiene derecho a que no le cobren ningún costo compartido (copagos y deducibles) por los servicios de Medicare Parte A y Parte B.

F. Tiene derecho a abandonar nuestro plan en cualquier momento

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si ya no lo quiere.

- Tiene derecho a recibir la mayor parte de los servicios de atención de salud a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.
- Puede obtener los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D a través de un plan de medicamentos que requieren receta médica o un plan Medicare Advantage.
- Si abandona el plan, obtendrá los beneficios de Healthy Connections Medicaid en la forma en que solía obtenerlos antes de inscribirse. Se ofrecerán a través del pago por servicio de Healthy Connections Medicaid.
- Consulte el Capítulo 10, Sección D, página 205, para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o en un plan de beneficios de medicamentos que requieren receta médica.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a obtener toda la información de parte de sus médicos y otros proveedores de atención de salud cuando solicita servicios. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer su estado de salud.** Usted tiene derecho a que se le brinde información completa y precisa sobre su estado de salud.
- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo. Se le debe informar con anticipación si el servicio o tratamiento forman parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende 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 sacaremos del plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad total de lo que le ocurra.
- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor rechaza la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le negó la atención que usted considera que debe recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina decisión de cobertura. El Capítulo 9, Sección 4, página 157, indica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.
- **Ser invitado a involucrar a los cuidadores y familiares en las conversaciones y decisiones sobre su tratamiento.**
- **Ser informado por adelantado y por escrito sobre si lo transfieren a otra ubicación para recibir tratamiento, así como sobre el motivo de la transferencia.**

Si tiene alguna pregunta, llame a 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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre la atención de salud por sí mismas. Antes de que esto le ocurra a usted, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para **concederle a una persona el derecho a tomar decisiones sobre la atención de salud en su nombre.**
- **Darle instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que prefiere que ellos manejen su atención de salud si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede usar para dar instrucciones se denomina instrucción anticipada. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. El testamento en vida y el poder legal para la atención de salud son ejemplos de este tipo de documentos.

No tiene la obligación de utilizar una instrucción anticipada, pero puede hacerlo si lo prefiere. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario a su médico, coordinador de atención, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare o Healthy Connections Medicaid, como I-CARE (el programa de Seguro de Salud del Estado de South Carolina o SHIP), también pueden tener formularios de instrucciones anticipadas.
- **Completarlo y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere consultar a un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas que deben saber de su existencia.** Usted debe entregarle una copia del formulario a su médico. Además, debe entregarle una copia a la persona que designe para tomar decisiones por usted. Es recomendable que también entregue copias a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar. Si será hospitalizado y firmó una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.

Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar o no una instrucción anticipada.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si usted firmó una instrucción anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar una queja ante su coordinador de atención o la Defensoría de Healthy Connections Prime.

H. Su derecho a opinar sobre cómo se administra el plan.

Si quiere compartir su opinión sobre cómo se está administrando el plan, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al número que figura en la parte inferior de la página para comunicarse con nosotros.

I. Su derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

El Capítulo 9, Sección 3, página 156, le indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para el cambio de una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros afiliados hayan presentado contra nuestro plan. Si quiere obtener esta información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

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

Si cree que lo han tratado injustamente, y **no** por los motivos de discriminación que se detallan en la página 134, o si quiere obtener más información acerca de sus derechos, puede obtener ayuda llamando a los siguientes recursos:

- Departamento de Servicios al Afiliado.
- I-CARE, el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección D, página 23.
- La Defensoría de Healthy Connections Prime. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección H, página 27.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede consultar o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (*Sus Derechos y Protecciones en Medicare*) que se encuentra en el sitio web de Medicare: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>).
- Healthy Connections Medicaid: 1-888-549-0820, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



J. Sus responsabilidades como afiliado al plan

Como afiliado al plan, tiene las responsabilidades que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

- **Lea el *Manual del Afiliado*** para obtener información sobre qué está cubierto y qué reglas debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. A continuación, se detalla cómo obtener información adicional:
 - Para los servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4, páginas 29 y 50. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
 - Para los medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6, páginas 104 y 125.
- **Participe en un examen de salud inicial** en el momento de la inscripción en el plan. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección F, página 9, o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- **Participe en una evaluación integral** dentro de los primeros 90 días de la afiliación. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección F, página 9, o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos que requieren receta médica que tenga.** Se nos exige asegurarnos de que usted utilice todas las opciones de cobertura cuando recibe atención de salud. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si tiene otra cobertura.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención de salud** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención de salud a brindarle la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Conozca todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus proveedores.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye los medicamentos que requieren receta médica, los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, hágalas. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio del médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.

- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los afiliados a Absolute Total Care, Healthy Connections Medicaid paga las primas de la Parte A y la Parte B.
 - Para algunos servicios y apoyo a largo plazo o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo en el momento de obtener el servicio o el medicamento. Esto es un copago (un monto fijo). En el Capítulo 4, Sección E, página 96, se indica lo que debe pagar por sus servicios y apoyo a largo plazo. En el Capítulo 6, Sección C, página 128, se detalla lo que debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si usted obtiene algún servicio o medicamento no cubiertos por el plan, debe pagar el costo total.**
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9, Sección 4, página 164, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
 - **Si se muda fuera del área de servicio, ya no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio se pueden inscribir en Absolute Total Care. El Capítulo 1, Sección D, página 7, le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a determinar si se mudará o no fuera del área de servicio.
 - Además, asegúrese de informarles a Medicare y Healthy Connections Medicaid acerca de su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, página 17, para encontrar los números de teléfono de Medicare y Healthy Connections Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, también debemos estar al tanto.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



- **Pago de los montos correspondientes a la recuperación de patrimonio después de su muerte**
 - La recuperación de patrimonio es el monto que ciertos afiliados le deben a Healthy Connections Medicaid después de su muerte.
 - No le deberá dinero a su plan, pero es posible que le deba dinero a Healthy Connections Medicaid por servicios que obtuvo antes de afiliarse a nuestro plan.
 - El plan no está autorizado a cobrar la recuperación de patrimonio después de su muerte, pero le notificaremos a Healthy Connections Medicaid sobre su fallecimiento.
 - Si, al morir, usted le debía dinero a Healthy Connections Medicaid, el estado puede cobrar una recuperación de patrimonio del dinero o los bienes que usted tenía.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar ayuda si tiene preguntas o inquietudes.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

¿Qué contiene este capítulo?

Este capítulo le informa sobre sus derechos. Lea este capítulo para obtener información sobre cómo actuar si ocurre lo siguiente:

Tiene un problema con el plan o una queja sobre este.

Necesita un servicio, artículo o medicamento que el plan determinó que no pagará.

No está de acuerdo con una decisión que tomó el plan sobre su atención.

Considera que los servicios finalizan demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si tiene un problema relacionado con la salud o los servicios y apoyo a largo plazo

Usted debe recibir la atención de salud, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinan que son necesarios como parte de su plan de atención.

Si tiene un problema con su atención, puede llamar a la Defensoría de Healthy Connections Prime, al 1-844-477-4632, para recibir ayuda.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita. En este capítulo, se explican las diversas opciones que usted tiene para tratar diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar a la Defensoría de Healthy Connections Prime si necesita asesoramiento sobre su problema.

La Defensoría de Healthy Connections Prime defiende a las personas de South Carolina. Si quiere conocer recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección H, página 27, y obtenga más información sobre los programas de defensoría.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Índice

| | |
|--|-----|
| Sección 1: Introducción..... | 161 |
| • Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema..... | 161 |
| • Sección 1.2: ¿Qué sucede con los términos legales?..... | 161 |
| Sección 2: Dónde puede llamar para solicitar ayuda..... | 161 |
| • Sección 2.1: Dónde puede obtener más información y asistencia | 161 |
| Sección 3: Problemas relacionados con sus beneficios | 163 |
| • Sección 3.1: ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿Quiere presentar una queja? | 163 |
| Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones | 164 |
| • Sección 4.1: Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones | 164 |
| • Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones | 164 |
| • Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará? | 165 |
| Sección 5: Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D) | 167 |
| • Sección 5.1: Cuándo utilizar esta sección | 167 |
| • Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura..... | 168 |
| • Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D) | 171 |
| • Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D) | 175 |
| • Sección 5.5: Problemas con pagos | 180 |
| Sección 6: Medicamentos de la Parte D..... | 182 |
| • Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D | 182 |
| • Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? | 184 |
| • Sección 6.3: Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones | 185 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



| | |
|---|-----|
| • Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción | 186 |
| • Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D | 189 |
| • Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D | 192 |
| Sección 7: Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada..... | 194 |
| • Sección 7.1: Información sobre sus derechos de Medicare | 194 |
| • Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria..... | 195 |
| • Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria..... | 198 |
| • Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con el plazo para una apelación?..... | 199 |
| Sección 8: Qué hacer si considera que sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios terminan demasiado pronto..... | 201 |
| • Sección 8.1: Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura | 201 |
| • Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar con su atención..... | 202 |
| • Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar con su atención..... | 204 |
| • Sección 8.4: ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?..... | 205 |
| Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2 | 207 |
| • Sección 9.1: Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare..... | 207 |
| • Sección 9.2: Pasos siguientes para servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid | 208 |
| Sección 10: Cómo presentar una queja | 209 |
| • Sección 10.1: Quejas internas..... | 211 |
| • Sección 10.2: Quejas externas..... | 212 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Sección 1: Introducción

• Sección 1.1: Qué debe hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica lo que debe hacer si tiene un problema con el plan, los servicios o el pago. Medicare y Healthy Connections Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso consta de una serie de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos respetar.

• Sección 1.2: ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales difíciles que se utilizan para algunas de las reglas y los plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender; por lo tanto, hemos reemplazado ciertos términos legales con palabras más simples. Utilizamos la menor cantidad de abreviaturas posible.

Por ejemplo, usaremos lo siguiente:

- “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”.

Debido a que el conocimiento de los términos legales apropiados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, también se los proporcionamos.

Sección 2: Dónde puede llamar para solicitar ayuda

• Sección 2.1: Dónde puede obtener más información y asistencia

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ocurrir si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede ocurrir que usted no tenga el conocimiento necesario para dar el paso siguiente.

Puede obtener ayuda a través de la Defensoría de Healthy Connections Prime

Si necesita ayuda, puede comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime. La Defensoría de Healthy Connections Prime es un programa de defensoría que puede responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué debe hacer para solucionar un problema. La Defensoría de Healthy Connections Prime no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Este programa puede ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar. El número de teléfono de la Defensoría de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada y los servicios son gratuitos. Consulte el Capítulo 2, Sección H, página 27, para obtener más información sobre los programas de defensoría.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP). Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer para resolver su problema. El SHIP no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Cuenta con asesores capacitados en todos los estados, y los servicios son gratuitos. En South Carolina, el SHIP se denomina I-CARE, que quiere decir programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores. El número de teléfono de I-CARE es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estas llamadas y los servicios son gratuitos.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para que lo ayuden a resolver sus problemas. A continuación, se presentan dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

Cómo obtener asistencia de Healthy Connections Medicaid

Puede llamar a Healthy Connections Medicaid directamente para que lo ayuden a resolver sus problemas. Estas son algunas formas en las que puede obtener asistencia de Healthy Connections Medicaid:

- Llame a Healthy Connections Medicaid, al 1-888-549-0820, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. TTY: 1-888-842-3620. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Healthy Connections Medicaid (www.scdhhs.gov).

Cómo obtener ayuda de otros recursos

Puede obtener ayuda de otros recursos, tales como:

- Protección y Defensoría para Personas con Discapacidades (por sus siglas en inglés, P&A), número gratuito, 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525.
- Servicios legales de South Carolina, número gratuito, 1-888-346-5592.
- Organización para el Mejoramiento de la Calidad: KEPRO, número gratuito, 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776). Número de fax: 1-833-868-4058. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección E, página 24.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Sección 3: Problemas relacionados con sus beneficios

- **Sección 3.1: ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿Quiere presentar una queja?**

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección específica de este capítulo para su problema o queja.

| ¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura? | |
|---|---|
| (Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica o ciertos medicamentos que requieren receta médica están cubiertos o no, sobre la forma en que están cubiertos, y los problemas relacionados con el pago de la atención médica y los medicamentos que requieren receta médica). | |
| <p>Sí.</p> <p>Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 4: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 164.</p> | <p>No.</p> <p>Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 10: “Cómo presentar una queja” en la página 209.</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

• Sección 4.1: Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones aborda los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura. También incluye problemas relacionados con el pago.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos acerca de los beneficios y la cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar.

Si usted o su médico no están seguros de si Medicare o Healthy Connections Medicaid cubren un servicio, un artículo o un medicamento, ambos pueden solicitarnos una decisión de cobertura antes de que el médico le brinde el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, un artículo o un medicamento que usted necesita no están cubiertos o que ya no están cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación.

• Sección 4.2: Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién debo llamar para obtener ayuda con las decisiones de cobertura o la presentación de una apelación?

Puede solicitarle ayuda a cualquiera de los siguientes:

- Llame al **Departamento de Servicios al Afiliado**, al 1-855-735-4398 (TTY: 711).
- Llame a la **Defensoría de Healthy Connections Prime** para recibir ayuda en forma gratuita. La Defensoría de Healthy Connections Prime ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime con problemas relacionados con los servicios y la facturación. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP)**, denominado I-CARE en South Carolina, para obtener ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No está relacionada con este plan. El número de teléfono es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que lo represente. Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si usted quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y pida el formulario de Designación de un Representante. También puede obtener el formulario en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web, mmp.absolutetotalcare.com. El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- Asimismo, **tiene derecho a contratar a un abogado** para que lo represente. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencias. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Si quiere que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de *Designación de un Representante*.
 - Sin embargo, **no se requiere que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

• Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo lo ayudará?

Hay cuatro tipos de situaciones diferentes que incluyen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Nosotros dividimos este capítulo en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema.**

- La **Sección 5, en la página 167**, le brinda información si tiene problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (**no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
 - No obtiene la atención médica que quiere y considera que nuestro plan debe cubrir esta atención.
 - Nosotros no aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere proporcionarle, y usted considera que esta atención debe estar cubierta.
 - **NOTA:** Solo use la Sección 5 si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como *Lista de Medicamentos*, con “**NT**” **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 en la página 182 para obtener información sobre apelaciones de medicamentos de la Parte D.
 - Usted recibió atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos, pero nosotros no pagamos esta atención.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Usted recibió y pagó servicios o artículos médicos que pensó que estaban cubiertos y quiere solicitar que le hagamos un reembolso.
- Se le informa que la cobertura de una atención que ha obtenido se reducirá o interrumpirá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, usted debe leer otra sección de este capítulo debido a que se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Consulte las Secciones 7 y 8 en las páginas 194 y 201.
- La **Sección 6, en la página 182**, le informa sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
 - Quiere solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*.
 - Quiere solicitar que anulemos limitaciones en la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted y su médico, u otra persona que receta, consideran que debemos hacerlo.
 - Quiere solicitar que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado. (Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago).
- La **Sección 7, en la página 194**, le indica cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto. Consulte esta sección si ocurre lo siguiente:
 - Usted está en el hospital y considera que el médico le da el alta demasiado pronto.
- La **Sección 8, en la página 201**, le brinda información en caso de que considere que el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada y los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que figura en la parte inferior de la página.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la Defensoría de Healthy Connections Prime, al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Sección 5: Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D)

• Sección 5.1: Cuándo utilizar esta sección

Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas relacionados con los servicios médicos, los servicios de salud del comportamiento y los servicios y apoyo a largo plazo. También puede consultar esta sección si tiene problemas relacionados con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos en la *Lista de Medicamentos* marcados como “**NT**” **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 para obtener información sobre apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D.

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Considera que cubrimos los servicios médicos, de salud del comportamiento y los servicios y apoyo a largo plazo que necesita, pero no los está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 5.2, en la página 168, para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico quiere proporcionarle, y usted considera que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar la decisión del plan de no aprobar la atención. Vaya a la Sección 5.3, en la página 171, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió los servicios o artículos que considera que cubrimos, pero no los pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar la decisión del plan de no pagar. Vaya a la Sección 5.3, en la página 171, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Usted recibió y pagó servicios o artículos que pensó que estaban cubiertos y quiere solicitar que le hagamos un reembolso por esos servicios o artículos.

Qué puede hacer: Puede solicitar que le hagamos un reembolso. Vaya a la Sección 5.5, en la página 180, para obtener información sobre las solicitudes de pago.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un determinado servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Vaya a la Sección 5.3, en la página 171, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, se aplican reglas especiales. Lea las Secciones 7 u 8, en las páginas 194 y 201, para obtener más información.

• Sección 5.2: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, de salud del comportamiento o servicios y apoyo a largo plazo

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o médico que nos solicite que tomemos una decisión.

- Puede llamarnos al 1-855-735-4398. TTY: 711. El horario de atención es 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.
- Puede enviarnos un fax al 1-866-719-5435
- Puede escribirnos a la siguiente

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

¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de cobertura?

En general, puede demorar hasta 14 días calendario a partir del momento de su solicitud, a menos que la solicitud sea para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B. Si solicita un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas como máximo a partir de la recepción de la solicitud. Si no tomamos una decisión en el plazo de 14 días calendario (o de 72 horas por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B), puede presentar una apelación.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



A veces, necesitamos más tiempo. En ese caso, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos 14 días calendario más. La carta le explicará por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para informarle una decisión si su solicitud es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

¿Puedo tener una decisión de cobertura más rápida?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos la decisión en un plazo de 72 horas (o de 24 horas para los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B).

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo. En ese caso, le enviaremos una carta informándole que necesitamos hasta 14 días calendario más. La carta le explicará por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para informarle una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación acelerada”.

Cómo solicitar una decisión de cobertura rápida:

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, primero llame o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la atención que quiere.
- Puede llamarnos al 1-855-735-4398 (TTY: 711) o enviarnos un fax al 1-844-273-2671. Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A, página 16.
- El médico o su representante también pueden llamarnos.

Estas son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **únicamente si solicita la cobertura de la atención médica o de un artículo que aún no ha recibido.** (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago de la atención médica o de un artículo que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si el plazo estándar de 14 días calendario (o de 72 horas para medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B) podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales.**
 - Si su médico considera que necesita una decisión de cobertura rápida, tomaremos una automáticamente.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También utilizaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o de 72 horas para medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B).
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, la tomaremos automáticamente.
 - En la carta también se informará cómo presentar una “queja rápida” en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 209.

Si la decisión de cobertura es sí, ¿cuándo recibiré el servicio o artículo?

Lo aprobarán (autorización previa) para obtener el servicio o el artículo en un plazo de 14 días calendario (para una decisión de cobertura estándar) o de 72 horas (para una decisión de cobertura rápida) a partir del momento de su solicitud, a menos que la solicitud sea para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

- En ese caso, lo aprobarán (autorización previa) para obtener el medicamento en un plazo de 72 horas (para una decisión de cobertura estándar) o de 24 horas (para una decisión de cobertura rápida).
- Si extendimos el tiempo necesario para tomar la decisión de cobertura, aprobaremos la cobertura antes de que finalice el período extendido. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión de cobertura relacionada con un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

Si la decisión de cobertura es no, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **no**, le enviaremos una carta en la que se detallan las razones correspondientes.

Si **rechazamos** su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. La presentación de una apelación implica que se nos solicita que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.

Si decide presentar una apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelaciones (lea la siguiente sección para obtener más información).

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



• Sección 5.3: Apelación de nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación. En todos los casos, debe comenzar su apelación en el nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar a la Defensoría de Healthy Connections Prime, al 1-844-477-4632. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). La Defensoría de Healthy Connections Prime no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿Qué es una apelación de nivel 1?

Una apelación de nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para ver si es correcta. El revisor deberá ser alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original. Cuando finalicemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si le informamos después de nuestra revisión que el servicio o artículo no está cubierto, su caso irá a una apelación de nivel 2.

¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención figura en la parte inferior de la página. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por apelaciones, consulte el Capítulo 2, Sección A1, página 16.
- Puede solicitarnos una apelación estándar o una apelación rápida.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden redactar la solicitud y enviarnosla por correo o fax. También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso.
- Siga leyendo esta sección para conocer el plazo que se aplica a su apelación.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede enviarnos una solicitud a la siguiente dirección:
Absolute Total Care (Plan de Medicare-Medicaid)
Attn: Appeals and Grievances - Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd.
St. Louis, MO 63105
 - También puede solicitar una apelación llamando al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención figura en la parte inferior de la página.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

¿Puede un tercero presentar una apelación en mi nombre?

Sí. Su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación por usted. Además, alguien diferente a su médico u otro proveedor puede presentar una apelación por usted, pero primero usted debe completar un formulario de *Designación de un Representante*. El formulario le otorga a otra persona un permiso para actuar en su nombre.

Para obtener este formulario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite uno, o visite <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>, o nuestro sitio web, mmp.absolutetotalcare.com.

Si a la apelación la presenta alguien que no sea usted, su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario de *Designación de un Representante* completo antes de poder revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son los siguientes: tiene una enfermedad grave, o le proporcionamos información incorrecta sobre los plazos para solicitar una apelación.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



NOTA: Si apela porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se modificará o interrumpirá, **tiene menos días para apelar** si quiere continuar recibiendo el servicio mientras la apelación se encuentra en proceso. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?”, en la página 175, para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia de mi expediente del caso?

Sí. Solicítenos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que figura en la parte inferior de la página.

¿Puede mi médico brindarles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que **rechazábamos** su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión original.

En caso de necesitar más información, se la podríamos solicitar a usted o a su médico.

¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 15 días calendario desde la recepción de su apelación (o de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B). Le informaremos sobre nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 209.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 15 días calendario (o de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B) o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 174.

Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 15 días calendario a partir de la recepción de su apelación (o de 7 días calendario desde la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B).

Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, la carta le informará cómo presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 174.

¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “rápida”?

Si usted solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en el plazo de las 72 horas de haber recibido su apelación. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días calendario más, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, le proporcionaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 209.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al nivel 2 del proceso de apelaciones si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 175.

Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación.

Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de nivel 2. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, la carta le informará cómo presentar una apelación de nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección 5.4 en la página 175.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 1?

Si decidimos modificar o interrumpir la cobertura de un servicio que fue aprobado previamente, le enviaremos un aviso con al menos 10 días de anticipación antes de hacerlo. Si usted no está de acuerdo con esta medida, puede presentar una apelación de nivel 1 y solicitarnos que continuemos sus beneficios mientras la apelación está pendiente. Usted debe **realizar la solicitud en una de las siguientes fechas o antes, la fecha que sea posterior**, para continuar con sus beneficios:

Dentro de los 10 días desde la fecha del envío de nuestro

Aviso de Acción. En la fecha de entrada en vigor prevista

de la medida.

Si usted cumple con el plazo, puede continuar recibiendo el servicio en disputa mientras su apelación se encuentra en proceso.

• Sección 5.4: Apelación de nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza en el nivel 1, ¿cuál es el paso siguiente?

Si **rechazamos** en forma parcial o total la apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si el servicio o artículo suelen estar cubiertos por Medicare o Healthy Connections Medicaid.

Si 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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicare**, obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (por sus siglas en inglés, IRE) apenas se complete la apelación de nivel 1.

Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de **Healthy Connections Medicaid**, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo ante la División de Apelaciones y Audiencias. La carta le explicará cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.

Si el problema está relacionado con un servicio o artículo que podrían estar **cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid**, usted obtendrá automáticamente una apelación de nivel 2 ante la IRE para una revisión de la cobertura de Medicare. También puede solicitar una apelación de nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias para una revisión sobre la cobertura de Medicaid.

¿Qué es una apelación de nivel 2?

Una apelación de nivel 2 es la segunda apelación, que es presentada por una organización independiente que no está relacionada con el plan. Puede ser una Entidad de Revisión Independiente o la División de Apelaciones y Audiencias.

Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una apelación de nivel 2?

La apelación de nivel 2 por los servicios y los artículos de Healthy Connections Medicaid se denomina “audiencia imparcial ante el estado”.

Si quiere solicitar una audiencia imparcial ante el estado, debe comunicarse con la División de Apelaciones y Audiencias por escrito. Debe solicitar la audiencia imparcial ante el estado por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** a partir la fecha en que enviamos la carta de decisión relacionada con su apelación de nivel 1, a menos que la División de Apelaciones y Audiencias extienda el plazo.

También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado completando una solicitud en línea, en <https://msp.scdhhs.gov/appeals>.

También puede presentar su solicitud en persona, enviarla por fax al 803-255-8206 o escribir a la siguiente dirección:

Division of Appeals and Hearings
South Carolina Department of Health and Human Services
P.O. Box 8206
Columbia, SC 29202-8206

Si 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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Si se le otorga una audiencia, la División de Apelaciones y Audiencias le enviará un aviso por correo que le indicará la hora, la fecha y el lugar donde se llevará a cabo. Durante la audiencia, un funcionario imparcial de audiencia escuchará su explicación de por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. El funcionario de la audiencia también escuchará nuestra explicación al respecto. Además, hará preguntas para obtener la información suficiente para determinar si su caso se manejó de forma correcta.

La División de Apelaciones y Audiencias debe emitir una decisión sobre la audiencia dentro de los 90 días calendario desde la fecha en la que presentó una apelación ante el plan.

Si reúne los requisitos para que se realice una revisión rápida, la División de Apelaciones y Audiencias le informará una decisión dentro de los 3 días hábiles.

- Sin embargo, la División de Apelaciones y Audiencias puede demorar hasta 14 días calendario más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo.
- Si la División de Apelaciones y Audiencias necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta.

Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué ocurrirá en la apelación de nivel 2?

Una IRE leerá detenidamente la decisión de nivel 1 y determinará si debe ser modificada.

- No necesita solicitar la apelación de nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su expediente llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que figura en la parte inferior de la página.

La IRE deberá darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de su apelación (o de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de obtener los servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, la IRE puede demorar hasta 14 días calendario más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Si tuvo una “apelación rápida” en el nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación rápida en el nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas de recibida su apelación.

- Sin embargo, la IRE puede demorar hasta 14 días calendario más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

¿Qué sucede si el servicio o artículo están cubiertos tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid?

Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid, enviaremos automáticamente la apelación de nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente para que esta realice una revisión sobre la cobertura de Medicare. También puede presentar una apelación de nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias para una revisión sobre la cobertura de Medicaid. Siga las instrucciones de la página 175.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de nivel 2?

Si decidimos modificar o interrumpir la cobertura de un servicio que había sido aprobado previamente, en algunos casos puede solicitar que continuemos los beneficios durante la apelación de nivel 2.

- Si el problema está relacionado con un servicio cubierto por Medicare, los beneficios para ese servicio **no** continuarán durante la apelación de nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente.
- Si el problema está relacionado con un servicio cubierto por Healthy Connections Medicaid (incluido un servicio cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid), puede pedir que sus beneficios para el servicio continúen durante el proceso de apelación de nivel 2 ante la División de Apelaciones y Audiencias. Usted debe realizar la solicitud en una de las siguientes fechas o antes, la fecha que sea posterior, para continuar con sus beneficios:
 - En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de la apelación de nivel 1 de la decisión.
 - En la fecha de entrada en vigor prevista de la medida.
- Si usted cumple con el plazo, puede continuar recibiendo el servicio en disputa mientras su apelación se encuentra en proceso.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su apelación de nivel 2 va a la División de Apelaciones y Audiencias, esta le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- Si la División de Apelaciones y Audiencias **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar la cobertura en un plazo de 72 horas.
- Si la División de Apelaciones y Audiencias **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si su apelación de nivel 2 va a la IRE, esta le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial la solicitud que usted hizo en la apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 14 días calendario desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 72 horas desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial lo que solicitó en la apelación estándar por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, debemos autorizar el medicamento o brindárselo en un plazo de 72 horas desde la recepción de la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida, debemos autorizar el medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B o brindárselo en un plazo de 24 horas desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión del nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

¿Qué sucede si presenté una apelación tanto a la Entidad de Revisión Independiente como a la División de Apelaciones y Audiencias y toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de Revisión Independiente o la División de Apelaciones y Audiencias deciden **aceptar** en forma total o parcial su solicitud, le brindaremos el servicio o el artículo aprobado que sea más cercano al que solicitó en la apelación.

Si 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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Si rechazan mi solicitud en forma total o parcial, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación de nivel 2 va a la División de Apelaciones y Audiencias y usted no está de acuerdo con la decisión del funcionario de la audiencia, puede presentar una apelación ante un tribunal especializado en derecho administrativo. Debe presentar esta apelación dentro de los 30 días desde la fecha en la que le notificaron de la decisión. Deberá pagar una tarifa para presentar la apelación.

Si su apelación de nivel 2 pasó a la IRE, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. La carta que reciba de la IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener.

Consulte la Sección 9, en la página 207, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

• Sección 5.5: Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca le exigimos que pague el saldo de una factura. El único monto que debe pagar es el copago por servicios de cuidado personal, suministros médicos, prótesis, servicios dentales y aparatos ortóticos cubiertos solo por Healthy Connections Medicaid.

Si recibe una factura con un monto superior al de su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos”. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que posiblemente usted deba solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar el pago.

¿Cómo les solicito que me reembolsen su parte de un servicio o artículo que ya pagué?

Recuerde que, si recibe una factura con un monto superior al de su copago por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagarla. Sin embargo, si paga la factura, puede recibir un reembolso siempre y cuando haya cumplido con las reglas para obtener los servicios y artículos.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Si solicita un reembolso, solicita una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o el artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto, y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo del servicio o artículo en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su solicitud. Si todavía no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de enviar el pago es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o si usted no cumplió con todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3 en la página 171. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de su apelación.
- Si nos solicita que le reembolsemos un servicio o artículo que usted ya adquirió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la IRE. Se lo notificaremos a través de una carta si esto sucede.

- Si la IRE revoca nuestra decisión y establece que debemos pagarle, debemos enviarles el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si se **acepta** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarles el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (También se denomina “sostener la decisión” o “rechazar su apelación”). La carta que recibirá le explicará los derechos adicionales de apelación que tenga. Puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. Consulte la Sección 9, en la página 207, para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Healthy Connections Medicaid, puede presentar una apelación de nivel 2 usted mismo (consulte la Sección 5.4, en la página 175).

Sección 6: Medicamentos de la Parte D

• Sección 6.1: Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos que requieren receta médica. En su mayoría, son medicamentos de la Parte D. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Healthy Connections Medicaid puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Parte D.**

La *Lista de Medicamentos* incluye algunos medicamentos marcados como “NT”. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos con un símbolo “NT” siguen el proceso descrito en la **Sección 5**, en la página 167.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D?

Sí. A continuación, se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos puede solicitar que tomemos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, como la siguiente:
 - Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos* del plan.
 - Solicitar que anulemos una restricción a la cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites a la cantidad de medicamento que usted puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la *Lista de Medicamentos* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).

NOTA: Si en la farmacia le indican que no se podrá surtir su receta médica, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos solicita que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado. Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y apelaciones.

Utilice el cuadro que aparece a continuación para determinar qué sección tiene información útil para usted:

| ¿En cuál de estas situaciones se encuentra? | | | |
|--|---|---|--|
| <p>¿Necesita un medicamento que no aparece en la <i>Lista de Medicamentos</i> o necesita que anulemos una regla o una restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede solicitar que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección 6.2 en la página 184. Consulte también las Secciones 6.3 y 6.4 en las páginas 185 y 186.</p> | <p>¿Quiere que cubramos un medicamento de la <i>Lista de Medicamentos</i> y considera que usted cumple con las reglas o las restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 6.4 en la página 186.</p> | <p>¿Quiere solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitar que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la Sección 6.4 en la página 186.</p> | <p>¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento como usted lo quiere?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Vaya a la Sección 6.5 en la página 189.</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



• Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una “excepción” es un permiso para recibir cobertura de un medicamento que normalmente no figura en la *Lista de Medicamentos* o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en la *Lista de Medicamentos*, o no está cubierto como le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una excepción.

Al solicitar una excepción, su médico u otra persona que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

A continuación, se presentan ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otra persona que receta, pueden solicitar que hagamos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*.
 - Usted no puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que debe pagar para el medicamento.
2. Eliminación de una restricción a nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección B, página 111).
 - Las reglas y restricciones adicionales a la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Requerir el uso de una versión genérica de un medicamento, en lugar de un medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que decidamos cubrirle el medicamento (a veces, esto se denomina “autorización previa”).
 - Requerir que pruebe primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita (a veces, esto se denomina “terapia escalonada”).
 - Aplicar límites de cantidad. Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener.

El término legal para solicitar la eliminación de una restricción a la cobertura de un medicamento se denomina, a veces, solicitar una “**excepción al Formulario**”.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



• **Sección 6.3: Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones**

El médico u otra persona que receta deben informarnos las razones médicas

Su médico u otra persona que receta debe entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Tomaremos nuestra decisión sobre la excepción con mayor rapidez si usted incluye esta información de su médico u otra persona que recete al momento de solicitar la excepción.

En general, la *Lista de Medicamentos* incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, no aprobaríamos su solicitud de una excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de excepción

- Si aceptamos su solicitud de excepción, esta generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5, en la página 189, le informa sobre cómo presentar una apelación en el caso de que rechazemos su solicitud.

La sección siguiente le informa sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



• **Sección 6.4: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción**

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que prefiere. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) pueden encargarse de esto. Puede llamarnos al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención figura en la parte inferior de la página.
- Usted, el médico (u otra persona que receta) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Lea la Sección 4, en la página 164, para obtener información sobre cómo otorgar un permiso para que otra persona actúe como su representante.
- No necesita otorgar un permiso escrito a su médico u otra persona que receta para que nos soliciten una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere solicitarnos el reembolso de un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, página 134, de este manual. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar un reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo. Su médico u otra persona que receta deben proporcionarnos las razones médicas para la excepción de medicamentos. Denominamos a esto “declaración de respaldo”.
- Su médico u otra persona que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O pueden informarnos por teléfono y, luego, enviarnos por fax o por correo una declaración.

Resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para solicitárnosla o pídale a su representante, a su médico o a otra persona que receta que la soliciten. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico o de otra persona que receta.
- Usted, el médico u otra persona que receta pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman en un plazo de 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una decisión de cobertura rápida

Utilizaremos plazos estándares, salvo que acordemos utilizar plazos rápidos.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita un medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura rápida si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si el hecho de utilizar los plazos estándares podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales**.

Si el médico u otra persona que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos tomarla y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico o de otra persona que receta), nosotros decidiremos si tomaremos una decisión de cobertura rápida o no.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares.
 - Le enviaremos una carta para informárselo. La carta le informará cómo presentar una queja acerca de nuestra determinación de tomar una decisión estándar.
 - Usted puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta a la queja en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 209.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. O si solicita una excepción, 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico o persona que receta que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud, o de la declaración del médico o de la persona que receta que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. La carta también le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que usted aún no ha recibido

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta en 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. O si solicita una excepción, después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o persona que receta. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud o, si solicita una excepción, de la declaración de respaldo de su médico o la persona que receta.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. La carta también le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario desde de la recepción de su solicitud.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, le haremos el pago en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. La carta también le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

• **Sección 6.5: Apelación de nivel 1 para medicamentos de la Parte D**

- Para empezar una apelación, usted, su médico u otra persona que receta, o su representante deben comunicarse con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede hacerlo por escrito. También puede solicitar una apelación llamando al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención figura en la parte inferior de la página.
- Si quiere una apelación rápida, puede presentarla por escrito o por teléfono.
- Presente su apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en la que le enviemos el aviso para informarle nuestra decisión. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Por ejemplo, entre los buenos motivos para no cumplir con el plazo se encuentra el caso de tener una enfermedad grave que no le permitió comunicarse con nosotros, o si la información que le proporcionamos sobre los plazos para solicitar una apelación es incorrecta o está incompleta.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Usted, su médico, la persona que receta o su representante pueden redactar la solicitud y enviárnosla por correo o fax. También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Usted, su médico u otra persona que receta, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es “**redeterminación**” del plan.

- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que figura en la parte inferior de la página.

Si lo quiere, usted y su médico, u otra persona que receta, pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si apela una decisión tomada por el plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y el médico, u otra persona que receta, deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida, que figuran en la Sección 6.4, en la página 186.

El término legal para “apelación rápida” es “**redeterminación acelerada**”.

El plan revisará su apelación y le informará sobre nuestra decisión

- Volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico, u otra persona que receta, para obtener más información. El revisor deberá ser alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original.

Plazos para una apelación rápida

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación, o antes si su salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**.

Plazos para una apelación estándar

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 7 días calendario desde la recepción de su apelación o antes si su salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró. Si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario desde la recepción de su apelación. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación rápida.
- Si no le ofrecemos una decisión en un plazo de 7 días calendario o 14 días si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones. En el nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero, a más tardar, a los 7 días calendario desde la recepción de su apelación o 14 días si nos solicitó el reembolso por un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud para el reembolso de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué la **rechazamos** y le informaremos como apelar nuestra decisión.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



• Sección 6.6: Apelación de nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** en forma total o parcial su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si presenta otra apelación. Si decide pasar a una apelación de nivel 2, la IRE revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos sobre la decisión en la apelación de nivel 1 le explicará cómo solicitar la apelación de nivel 2.
- Cuando presente una apelación ante la IRE, les enviaremos su expediente del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso. Para ello, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-735-4398 (TTY: 711). El horario de atención figura en la parte inferior de la página.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
 - Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si quiere que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Usted, un médico u otra persona que receta, o su representante pueden presentar la apelación de nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

Plazos para una “apelación rápida” en el nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la IRE una apelación rápida.
- Si la IRE autoriza una apelación rápida, debe responder a su apelación de nivel 2 en el plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el nivel 2, la IRE debe responder su apelación de nivel 2 en un plazo de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación o de 14 días si nos solicitó que le reembolsáramos el pago de un medicamento que ya compró.
 - Si la IRE **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la decisión.
 - Si la IRE aprueba una solicitud para el reembolso de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su apelación de nivel 2?

Rechazar significa que la IRE está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si quiere pasar al nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares es menor que el monto mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de nivel 3. La carta que reciba de la IRE le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Sección 7: Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada

Cuando se lo admite en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También lo ayudarán a coordinar cualquier atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que deja el hospital se denomina “fecha de alta”.
- El médico o el personal del hospital le comunicarán cuándo es su fecha de alta.

Si considera que debe dejar el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

• Sección 7.1: Información sobre sus derechos de Medicare

En el plazo de dos días a partir de su admisión en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso denominado *Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*. Si no recibe este aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que figura en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no comprende. El *Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos* le informa sobre sus derechos como paciente internado en un hospital, entre los que se incluyen los siguientes:

- Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a conocer de qué se tratan esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Participar en la toma de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
- Conocer dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que se le da el alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma en este aviso **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puede haberle informado su médico o el personal del hospital.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Conserve su copia del aviso firmado, de manera que tenga la información si la necesita.

- Para leer una copia de este aviso por adelantado, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-735-4398 (TTY: 711). También puede llamar al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.
- Si es necesario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a Medicare, a los números que se detallan más arriba.

• **Sección 7.2: Apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Si quiere que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, debe presentar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizará la revisión de la apelación de nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

En South Carolina, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina KEPRO. Si quiere presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a KEPRO, al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).

Llame de inmediato

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital y antes de su fecha de alta planificada. El aviso *Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos* contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- **Si usted llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin tener que pagar mientras espera que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome la decisión sobre su apelación.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que tenga que pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-317-0751, y solicite una revisión rápida.

Llame antes de dejar el hospital y antes de la fecha de alta planificada.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles, consulte la Sección 7.4 en la página 199.

Queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-735-4398 (TTY: 711). Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, que en South Carolina se denomina I-CARE, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede llamar a la Defensoría de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que reciben un pago de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Solicite una revisión rápida

Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una revisión rápida significa que usted solicita a la organización que utilice los plazos rápidos para una apelación, en lugar de utilizar los plazos estándares.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar luego de la fecha de alta planificada. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Los revisores leerán su expediente médico, hablarán con el médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- A más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en la que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, usted recibirá una carta que le informará su fecha de alta planificada. La carta explicará los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto que se le dé el alta en esa fecha.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



El término legal para esta explicación escrita es **Aviso Detallado del Alta**. Puede pedir una muestra llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que figura en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia del aviso en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, nosotros deberemos seguir cubriendo los servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces es posible que tenga que pagar el costo total de la continuidad de la hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que usted podría tener que pagar comienza al mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



• **Sección 7.3: Apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una apelación de nivel 2. Deberá comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de un plazo de 60 días calendario** a partir del día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-317-0751, y solicite otra revisión.

En South Carolina, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de la decisión de su primera apelación. Deberemos continuar proporcionándole cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura.

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de nivel 1 y que no la cambiará. La carta que usted reciba le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta planificada.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



• Sección 7.4: ¿Qué sucede si no cumplo con el plazo para una apelación?

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra forma de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2 denominada “apelaciones alternativas”. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Apelación alternativa de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una revisión rápida. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de su solicitud de una revisión rápida.
- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que usted aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos su revisión rápida**, implica que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que haya recibido después de esa fecha.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro Departamento de Servicios al Afiliado 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. Solicite una revisión rápida de su fecha de alta del hospital. La llamada es gratuita.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al rechazar su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la Entidad de Revisión Independiente. Esto significa que su caso pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación alternativa de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la IRE en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos acerca de nuestra decisión del nivel 1. Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página 209, le informa cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión de **rechazar** su revisión rápida. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con la apelación sobre su alta hospitalaria.
- Si la IRE **acepta** su apelación, nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada fue médicamente apropiada.
- La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez. Consulte la Sección 9, en la página 207, para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Sección 8: Qué hacer si considera que sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios terminan demasiado pronto

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención únicamente:

- Servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que los necesita.
 - Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finalice la cobertura de esta atención, nosotros interrumpiremos el pago de su atención.

Si considera que finalizamos la cobertura de la atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

• Sección 8.1: Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que interrumamos el pago de su atención. Esto se denomina *Aviso de No Cobertura de Medicare*.

- El aviso escrito le indicará la fecha en la que interrumiremos la cobertura de su atención.
- El aviso escrito también le indicará cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deberán firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió. Esto **no** significa que usted está de acuerdo con el plan en que es el momento de interrumpir la atención que está recibiendo.

Cuando finalice la cobertura, nosotros interrumiremos el pago de la parte del costo que nos corresponde de su atención.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



• Sección 8.2: Apelación de nivel 1 para continuar con su atención

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de iniciar la apelación, queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página 209, le indica cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que figura en la parte inferior de la página. También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, denominado I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si debemos cambiar la decisión que tomamos. En South Carolina, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776). También encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el *Aviso de No Cobertura de Medicare*. Este es el aviso que recibió cuando le informamos que íbamos a dejar de cubrir su atención.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-317-0751, y solicite una apelación rápida.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le esté brindando atención y antes de la fecha de alta planificada.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que reciben un pago de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



¿Qué debe solicitar?

Solicíteles que realicen una apelación rápida. Esta una revisión independiente de si es médicamente apropiado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es el plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día posterior a la recepción del aviso escrito que le indica cuándo se interrumpirá la cobertura de su atención.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 en la página 205.

El término legal para el aviso escrito es *Aviso de No Cobertura de Medicare*.

Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al número que figura en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver una copia en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

¿Qué sucede durante una revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe escribirles una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en la que explique por qué los servicios deberían terminar.
- Los revisores también leerán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el plan les haya proporcionado.
- **En el plazo de un día completo después de que los revisores tengan toda la información necesaria, le informarán su decisión.** Usted recibirá una carta en la que se le explicará la decisión.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



El término legal para la carta que explica por qué sus servicios deberían finalizar es ***Explicación Detallada de No Cobertura***.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces nosotros debemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, entonces su cobertura finalizará en la fecha que se le informó. Interrumpiremos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de esa atención.
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios después de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces tendrá que pagar el costo total de esa atención.

• Sección 8.3: Apelación de nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su apelación, **y** usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura para la atención haya finalizado, puede presentar una apelación de nivel 2.

Durante la apelación de nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el nivel 1. Si ellos están de acuerdo con la decisión de nivel 1, es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios después de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

En South Carolina, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776). Solicite la revisión de nivel 2 **dentro de un plazo de 60 días calendario** a partir del día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.

Resumen: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para solicitar que el plan cubra su atención por más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, al 1-888-317-0751, y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le esté brindando atención y antes de la fecha de alta planificada.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos continuar proporcionándole cobertura para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que acepta la decisión que tomó en relación con la apelación de nivel 1 y no la cambiará.
- La carta que usted reciba le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

• Sección 8.4: ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra forma de presentar apelaciones de nivel 1 y nivel 2 denominada “apelaciones alternativas”. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Apelación alternativa de nivel 1 para continuar con su atención por más tiempo

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una revisión rápida. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre el cuidado de la salud en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o la atención que recibe en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios. Verificamos si la decisión sobre cuándo deben finalizar sus servicios fue justa y cumplió con todas las reglas.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1

Llame a nuestro Departamento de Servicios al Afiliado 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. Solicite una revisión rápida. La llamada es gratuita.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde su solicitud de una revisión rápida.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.
- También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, significa que interrumpir la prestación de sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura finalizará a partir del día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
 - Si continúa recibiendo servicios después del día en el que le informamos que se interrumpirían, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al **rechazar** su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la Entidad de Revisión Independiente. Esto significa que su caso pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación alternativa de nivel 2 para continuar con su atención por más tiempo

Enviaremos la información de su apelación de nivel 2 a la IRE en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos acerca de nuestra decisión del nivel 1. Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10, en la página 209, le informa cómo presentar una queja.

Durante la apelación de nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión de **rechazar** su revisión rápida. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de los servicios fue médicamente apropiado.

La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.

Sección 9: Cómo llevar su apelación más allá del nivel 2

• Sección 9.1: Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a pasar a otros niveles de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelaciones.

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un juez especializado en derecho administrativo. La persona que toma la decisión sobre una apelación de nivel 3 es un juez especializado en derecho administrativo o un abogado mediador. Si quiere que un juez o un abogado mediador revise su caso, el artículo o el servicio médico que usted solicita deberán alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar que un juez o un abogado mediador vea su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión de este juez o abogado mediador, puede acudir a la Junta de Apelaciones de Medicare. Posteriormente, podrá tener el derecho a solicitar a un tribunal federal que analice su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- **Sección 9.2: Pasos siguientes para servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid**

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Healthy Connections Medicaid, y ambas apelaciones fueron rechazadas, tiene derecho a pasar a otros niveles de apelación. Si tiene preguntas después de su apelación de nivel 2, comuníquese con la Defensoría de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En la defensoría le explicarán sus alternativas y actuarán en defensa de sus intereses.

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un tribunal especializado en derecho administrativo. Si quiere solicitar una audiencia ante un ALC, complete el formulario de Solicitud de una Audiencia de Caso Impugnado, disponible en <http://www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf>. Debe presentar este formulario dentro de los 30 días desde la fecha en la que le notificaron de la decisión de nivel 2. Deberá pagar una tarifa de \$25 para presentar la apelación. Si no puede pagar la tarifa, puede presentar el formulario “Solicitud de eximición de la tarifa”. Este formulario está disponible en <http://www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf>.

Si está apelando una decisión de nivel 2 tomada en una audiencia, usted será responsable de pagar el costo de hacer una transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro escrito de la audiencia. El costo de una transcripción es alrededor de \$16 por cada hora que el transcriptor dedique a tipear el documento.

Las reglas para apelar ante un ALC están disponibles en <http://www.scalc.net/rules.aspx>. Si no sigue estas normas, es posible que rechacen su apelación.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Sección 10: Cómo presentar una queja

¿Qué tipos de problemas deberían ser quejas?

El proceso de presentación de quejas se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas, como aquellos relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de presentación de quejas.

Quejas sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención de salud o el personal se comportaron de manera ofensiva o irrespetuosa con usted.
- El personal de Absolute Total Care lo trató mal.
- Considera que lo están desvinculando del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención de salud e instalaciones del consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda las adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Quejas sobre los plazos de espera

- Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, los farmacéuticos, otros profesionales de la salud, el Departamento de Servicios al Afiliado u otro personal del plan lo hicieron esperar mucho tiempo.

Resumen: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección 10.2 en la página 212.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Quejas sobre la limpieza

- Usted considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso a servicios de idiomas

- Su médico o proveedor no le ofrece los servicios de un intérprete durante su cita.

Quejas sobre nuestras comunicaciones

- Usted considera que no le proporcionamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Usted considera que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.

Quejas sobre los plazos para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted cree que, luego de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o hacerle el reembolso por ciertos servicios médicos.
- Usted cree que no enviamos su caso a la IRE a tiempo.

El término legal para una “queja” es **“queja formal”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una queja formal”**.

¿Hay diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede presentar una queja interna o una queja externa. Las quejas internas se presentan ante nuestro plan, y este es el encargado de revisarlas. Las quejas externas se presentan ante una organización que no está afiliada a nuestro plan, y esa organización las revisa. Si quiere obtener más información sobre las quejas internas, lea la sección que sigue. Para obtener más información sobre las quejas externas, lea la Sección 10.2 en la página 212.

Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a la Defensoría de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna pregunta, llame a 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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



• Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-735-4398 (TTY: 711). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que esté relacionada con un medicamento de la Parte D. Si la queja está relacionada con un medicamento de la Parte D, debe presentarla **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar la queja.

- Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios al Afiliado se lo comunicará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si nos presenta su queja por escrito, le responderemos de la misma manera.

Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan)

Attn: Appeals and Grievances

Medicare Operations

7700 Forsyth Blvd.

Saint Louis, MO 63105

El término legal para “queja rápida” es “queja formal acelerada”.

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más para responder a su queja. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque rechazamos una solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, lo pasaremos automáticamente al proceso de queja rápida y le responderemos en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque usamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o de apelación, lo pasaremos automáticamente al proceso de queja rápida y le responderemos en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad de su queja, le explicaremos las razones. Responderemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



• Sección 10.2: Quejas externas

Puede presentar su queja ante Medicare

Puede enviar su queja a Medicare. El *Formulario de Quejas de Medicare* está disponible en <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare toma muy en serio sus quejas y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no le brinda una respuesta a su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede comunicarle su queja a la Defensoría de Healthy Connections Prime

Puede llamar a la Defensoría de Healthy Connections Prime para informarle sobre su queja. La defensoría no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono de la Defensoría de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada y los servicios son gratuitos. Para obtener más información, también puede visitar www.healthyconnectionsprimeadvocate.com.

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted considera que no lo trataron de forma justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con alguna discapacidad o sobre los servicios de asistencia de idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

O puede comunicarse con su Oficina de Derechos Civiles local en la siguiente dirección:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Teléfono: (800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697
Fax: (202) 619-3818

Es posible que también tenga derechos en virtud de la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades y las leyes del estado. Puede comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime para recibir ayuda. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentar su queja ante nosotros).
- O puede presentar su queja ante nosotros y ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad, a los que el gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En South Carolina, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan de Medicare-Medicaid

Introducción

Este capítulo le informa cuándo y cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud luego de abandonar el plan. Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas de Medicare y Healthy Connections Medicaid mientras cumpla con los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

| | |
|--|-----|
| A. Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan de Medicare-Medicaid | 215 |
| B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan..... | 215 |
| C. Cómo afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid | 216 |
| D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado | 217 |
| D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare | 217 |
| D2. Cómo obtener los servicios de Healthy Connections Medicaid..... | 219 |
| E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su afiliación | 220 |
| F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su afiliación | 220 |
| G. Reglas que prohíben que le pidamos que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud | 221 |
| H. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan..... | 221 |
| I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan | 221 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



A. Cuándo puede cancelar su afiliación a nuestro plan de Medicare-Medicaid

Puede cancelar su afiliación al plan de Medicare-Medicaid Absolute Total Care en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan de Medicare-Medicaid o cambiándose a Medicare Original.

Su afiliación se cancelará el último día del mes en el que hayamos recibido su solicitud de cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de octubre, la cobertura de nuestro plan finalizará el 31 de octubre.

Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (en este ejemplo, el 1.º de noviembre). Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare, en el cuadro de la página 217.
- Servicios de Healthy Connections Medicaid, en la página 219.

Puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación llamando a los siguientes números:

- South Carolina Healthy Connections al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.
- Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5, Sección G3, página 123, para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Si decide cancelar su afiliación, infórmeles a Healthy Connections Medicaid o a Medicare que quiere abandonar Absolute Total Care:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices, al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



- Llame a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si abandona nuestro plan en el cuadro de la página 217.

C. Cómo afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente.

Para inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente haga lo siguiente:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices, al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. Infórmeles que quiere abandonar Absolute Total Care y afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid. Si no está seguro de a qué plan quiere afiliarse, pueden informarle sobre otros planes en su área.

Su cobertura de Absolute Total Care se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado

Si no quiere inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente luego de abandonar Absolute Total Care, volverá a recibir los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Usted podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan.

| | |
|--|---|
| <p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, PACE)</p> | <p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores (por sus siglas en inglés, I-CARE). <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Absolute Total Care cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p> |
|--|---|

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



2. Puede cambiar a:

A Medicare Original con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.

Debe hacer lo siguiente:

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

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores (por sus siglas en inglés, I-CARE).

Se cancelará automáticamente su afiliación a Absolute Total Care cuando comience la cobertura de Medicare Original y del plan de medicamentos que requieren receta médica.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



3. Puede cambiar a:

A Medicare Original sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.

NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no quiere hacerlo.

Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores (I-CARE) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Debe hacer lo siguiente:

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

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se denomina programa de Asistencia de Asesoramiento de Seguro y Remisiones para Personas Mayores (por sus siglas en inglés, I-CARE).

Se cancelará automáticamente su afiliación a Absolute Total Care cuando comience la cobertura de Medicare Original.

D2. Cómo obtener los servicios de Healthy Connections Medicaid

Si abandona nuestro plan, obtendrá los servicios de Healthy Connections Medicaid a través del pago por servicio. Esta es la forma en que la mayoría de las personas obtenía los servicios de Medicaid antes de unirse a Absolute Total Care.

Entre sus servicios de Healthy Connections Medicaid se incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo, y la atención de salud del comportamiento.

Si abandona nuestro plan, puede ver a cualquier proveedor que acepte Healthy Connections Medicaid.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



E. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su afiliación

Si abandona Absolute Total Care, puede pasar un tiempo hasta que se cancele su afiliación y comience la nueva cobertura de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Para obtener más información, consulte la página 215. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo la atención de salud y los medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas médicas.** En general, sus medicamentos que requieren receta médica solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de compra por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que se cancela su afiliación, en general, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que se le dé el alta.** Esto será así aunque su nueva cobertura de la salud entre en vigor antes de que reciba el alta.

F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su afiliación

Estos son los casos en los que Absolute Total Care debe cancelar su afiliación al plan:

- Si se interrumpe su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no reúne los requisitos para Healthy Connections Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Healthy Connections Medicaid. Su afiliación se cancelará el primer día del mes siguiente al mes en que perdió su elegibilidad para Healthy Connections Medicaid
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si ingresa a una casa de reposo o a un centro de enfermería especializada fuera del área de servicio del plan y vive allí más de seis meses.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga para los medicamentos que requieren receta médica.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos para afiliarse a nuestro plan. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no reúne los requisitos para permanecer afiliado según esta disposición. Debemos cancelar su afiliación si usted no cumple con este requisito.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos permiso de Medicare y Healthy Connections Medicaid:

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y la información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente en forma perturbadora y nos dificulta brindarles atención médica a usted y a otros afiliados a nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado para obtener atención médica.
 - Si cancelamos su afiliación por esta razón, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.

G. Reglas que prohíben que le pidamos que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud, debe llamar a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Debe comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

H. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan

Si cancelamos su afiliación a nuestro plan, debemos explicarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación. También puede consultar el Capítulo 9, Sección 3.1, página 163, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su afiliación, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al número que figura en la parte inferior de la página.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo describe los avisos legales que se aplican a su afiliación a Absolute Total Care. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

| | | |
|----|--|-----|
| A. | Aviso sobre leyes | 223 |
| B. | Aviso de no discriminación | 223 |
| C. | Aviso sobre Medicare como pagador secundario | 224 |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este manual. Las leyes más importantes que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Healthy Connections Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales o estatales.

B. Aviso de no discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajen con Medicare y Healthy Connections Medicaid deben obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto. No discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su edad, experiencia sinistral, color, origen étnico, prueba de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión o sexo. Tampoco discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su comportamiento, capacidad mental, recepción de atención de salud, orientación sexual o uso de servicios.

Si quiere obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.
- Comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local. Puede llamar a la Comisión de Asuntos Humanos de South Carolina al 1-800-521-0725. Esta llamada es gratuita.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención de salud o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios al Afiliado puede ayudarlo.

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 tampoco excluye a personas ni las trata de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Absolute Total Care:→ Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros).

- Proporciona servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el español, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de 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 ante 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>.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

En ocasiones, un tercero debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidentes y enfermedades laborales deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de cobertura de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario.

Si tiene alguna pregunta, llame a 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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se usan en todo el *Manual del Afiliado* con sus definiciones. Los términos aparecen a continuación. Si no logra encontrar un término o si necesita más información que la que suministra la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado.

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.



Actividades de la vida cotidiana: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Ayuda paga pendiente: usted puede continuar recibiendo los beneficios aprobados previamente mientras espera una decisión sobre una apelación de nivel 1 (y para un servicio de Healthy Connections Medicaid, mientras espera una decisión sobre una apelación de nivel 2). Esta continuidad de cobertura se denomina “ayuda paga pendiente”. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información. Si tiene otras preguntas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al número que figura en la parte inferior de la página.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes ambulatorios a los pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no suelen requerir más de 24 horas de atención.

Apelación: una manera que usted tiene de cuestionar nuestra acción si considera que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. El Capítulo 9, página 158, explica las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Medicamento de marca: un medicamento que requiere receta médica fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo hizo. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos.

Coordinador de atención: es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

Plan de atención: un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá.

Equipo de atención: un equipo de atención que incluye médicos, enfermeros, asesores y otros profesionales de la salud que están para ayudarlo a recibir la atención que usted necesita. Usted es un miembro importante del equipo de atención y también puede incluir a otros familiares o amigos.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS): la agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2, página 15, explica cómo comunicarse con los CMS.

Queja: una declaración verbal o por escrito que manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de la atención, y los proveedores y las farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Evaluación integral: una evaluación destinada a examinar con más detalle sus necesidades médicas y sociales, así como sus capacidades. Le solicitaremos información a usted, a sus proveedores y a sus familiares y cuidadores cuando corresponda. Los encargados de realizar esta evaluación serán profesionales de la salud capacitados y calificados, como enfermeros, trabajadores sociales y coordinadores de atención.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (por sus siglas en inglés, CORF): un centro que proporciona, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Brinda una variedad de servicios, incluidos servicios de fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Organización de atención coordinada e integrada (por sus siglas en inglés, CICO): otro nombre que se le da a un plan de Medicare-Medicaid.

Copago: un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe un servicio. Por ejemplo, usted puede pagar \$2 o \$5 por un servicio.

Costo compartido: los montos que debe pagar al obtener servicios o medicamentos. Entre los costos compartidos se incluyen los copagos y coseguros.

Decisión de cobertura: una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Se incluyen las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. El Capítulo 9, página 158, explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y el apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre, los equipos y los demás servicios cubiertos por nuestro plan.

Capacitación en asuntos culturales: educación que les ofrece a los proveedores de atención de salud capacitación adicional para entender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Cancelación de la afiliación: el proceso para cancelar su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por su propia decisión) o involuntaria (ajena a su propia decisión).

Niveles de los medicamentos: grupos de medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* pertenece a uno de tres niveles.

Equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME): ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar. Ejemplos de estos artículos: sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que presenta síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte o la pérdida de una parte del cuerpo o su función. Los síntomas médicos pueden incluir una lesión grave o un dolor intenso.

Atención de emergencia: servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica.

Excepción: un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

Ayuda Adicional: es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “subsidio por ingreso bajo” o “LIS”.

Audiencia imparcial: su oportunidad de hablar sobre su problema ante un tribunal y demostrar que tomamos la decisión incorrecta

Medicamento genérico: un medicamento que requiere receta médica, que cuenta con la aprobación del gobierno federal para ser utilizado en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. En general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.

Queja formal: una queja que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Se incluyen las quejas por la calidad de su atención.

Plan de salud: una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarlo a coordinar proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Healthy Connections Medicaid: programa Medicaid de South Carolina. Para obtener más información, consulte la definición de “Medicaid” a continuación.

Healthy Connections Prime: es un programa de demostración gestionado conjuntamente por South Carolina y el gobierno federal para ofrecer una mejor atención de salud a las personas que cuentan con Medicare y Healthy Connections Medicaid.

Ayudante para el cuidado de la salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Estos ayudantes para el cuidado de la salud en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Cuidado de enfermos terminales: un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con enfermedades terminales a vivir cómodamente. Esto significa que una persona tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos.

- Un afiliado que tiene una enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidado de enfermos terminales.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención integral para la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Absolute Total Care debe brindarle una lista de proveedores de centros de cuidado de enfermos terminales de su área geográfica.

Facturación incorrecta o inadecuada: una situación que se produce cuando un proveedor le factura a usted una cantidad que supera el monto de costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado a Absolute Total Care para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si recibe alguna factura que no comprende.

Como afiliado a Absolute Total Care, usted solo debe pagar el monto de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le facturen más que este monto.

Entidad de Revisión Independiente (por sus siglas en inglés, IRE): una organización que es contratada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS) para que realice una revisión de una apelación de nivel 2 por un servicio o un artículo cubierto solo por Medicare o por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Si Absolute Total Care rechaza la aprobación del servicio o artículo durante una apelación de nivel 1 de un afiliado, la apelación rechazada se envía a la IRE para que lleve a cabo una revisión de nivel 2. La IRE no está relacionada con Absolute Total Care y no es una agencia gubernamental. Consulte el Capítulo 9, página 158, para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.

Examen de salud inicial: una revisión del historial médico y el estado actual de un paciente. Se utiliza para determinar el estado de salud del paciente y cómo puede cambiar en el futuro.

Paciente internado: un término que se utiliza cuando usted es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fuera admitido formalmente, se lo podría considerar paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, incluso si permaneciese en el hospital durante la noche.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): una lista de los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. A veces, se la denomina *Formulario*.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Servicios y apoyo a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS): los servicios y apoyo a largo plazo que ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no deba ir a una casa de reposo o al hospital.

Subsidio por ingreso bajo (por sus siglas en inglés, LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Medicaid (o Ayuda Médica): es un programa gestionado por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo, y costos médicos.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.
- Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayor parte de los costos de atención de salud están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2, página 15, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario:

- Servicios que son razonables y necesarios:
 - para el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad o lesión;
 - para mejorar la función de una extremidad del cuerpo con una malformación;
 - cuando sean médicamente necesarios conforme a la ley de Medicare.
 - Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una casa de reposo.
- De acuerdo con la ley y la reglamentación de Healthy Connections Medicaid, los servicios son médicamente necesarios si reúnen las siguientes características:
 - Son esenciales para prevenir, diagnosticar, evitar el agravamiento, aliviar, corregir o curar afecciones médicas que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidades o limitaciones en las actividades, amenazan con causar o empeorar una incapacidad o causan una enfermedad o debilidad.
 - Se brindan en centros adecuados y con los niveles apropiados de atención para el tratamiento de sus afecciones médicas.
 - Se prestan conforme a los estándares generalmente aceptados por la práctica médica.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Plan Medicare Advantage: un programa de Medicare, también llamado “Medicare Parte C” o “Planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías por cubrir sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

Persona inscrita en Medicare y Medicaid: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Una persona inscrita en Medicare y Medicaid también se denomina “individuo con doble elegibilidad”.

Medicare Parte A: el programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centros de enfermería especializada, cuidado de la salud en el hogar y cuidado de enfermos terminales médicamente necesarios.

Medicare Parte B: el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Parte C: el programa de Medicare que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Medicare Parte D: el programa de beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. (Para abreviar, a este programa lo denominamos “Parte D”). La Parte D cubre medicamentos que requieren receta médica, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, ni por Healthy Connections Medicaid. Absolute Total Care incluye Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Healthy Connections Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Afiliado (afiliado a nuestro plan o afiliado al plan): una persona que tiene Medicare y Healthy Connections Medicaid, que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y por el estado.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Manual del Afiliado y Divulgación de Información: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos o cláusulas adicionales que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como afiliado a nuestro plan.

Departamento de Servicios al Afiliado: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, página 15, y la parte inferior de la página, para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Farmacia de la red: una farmacia que aceptó surtir recetas médicas para los afiliados a nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no cobrarles un monto adicional a nuestros afiliados.
- Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Casa de reposo o centro de enfermería: un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en el hospital.

Defensoría (Defensoría de Healthy Connections Prime): una oficina en su estado que actúa como defensor en su representación. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarlo a entender qué debe hacer. Los servicios de defensoría son gratuitos. La Defensoría de Healthy Connections Prime defiende a las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Puede obtener más información acerca de la defensoría en los Capítulos 2 y 9 de este manual. Esto incluye información sobre cómo comunicarse con la Defensoría de Healthy Connections Prime.

Determinación de la organización: el plan toma una determinación de la organización cuando esta, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los servicios. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9, página 158, explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Medicare Original (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare):

Medicare Original es ofrecido por el gobierno. Conforme a Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos pagándoles a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Medicare Original está compuesto de dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no quiere pertenecer a nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no acordó trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o un centro que no está empleado ni es administrado por nuestro plan, así como tampoco es propiedad de este y no tiene contrato para prestar servicios a los afiliados a nuestro plan.

El Capítulo 3, página 29, ofrece información sobre los proveedores o centros fuera de la red.

Costos de desembolso: el requisito de costo compartido para afiliados que deben pagar una parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de costos “de desembolso”. Consulte la definición de “costo compartido” que aparece anteriormente.

Medicamentos de venta libre: todo medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta médica.

Parte A: consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: consulte “Medicare Parte D”.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Información médica personal (también llamada información médica protegida)

(por sus siglas en inglés, PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico e historial médico. Consulte el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de Absolute Total Care para obtener más información sobre cómo Absolute Total Care protege, utiliza y divulga su PHI y sus derechos en relación con su PHI.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted visita en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención y remitirlo a ellos.
- En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de salud.
- Consulte el Capítulo 3, página 29, para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa: una aprobación de Absolute Total Care que debe obtener antes de recibir un servicio o un medicamento específicos, o de consultar a un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la aprobación, es posible que Absolute Total Care no cubra los servicios.

Algunos de los servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen la autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están descritos en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, en la página 50.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene una autorización previa de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Prótesis y aparatos ortóticos: son dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención de salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (por sus siglas en inglés, QIO): un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, página 15, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Límites de cantidad: un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Remisión: remisión quiere decir que su proveedor de atención primaria debe otorgarle una aprobación antes de que usted consulte a otro proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación, es posible que Absolute Total Care no cubra los servicios. No necesita una remisión para consultar a ciertos especialistas, como un especialista en salud de la mujer. Puede obtener más información acerca de las remisiones en el Capítulo 3 y acerca de los servicios que necesitan remisiones en el Capítulo 4.

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4, página 50, para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: el área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). Solo las personas que vivan en nuestra área de servicio se pueden inscribir en Absolute Total Care.

Centro de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF): una casa de reposo que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindarle atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada: la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que pueden ser proporcionados por médicos o enfermeros registrados.

Especialista: un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas.

Agencia de Medicaid de su estado: el Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina (por sus siglas en inglés, SCDHHS) es la única agencia estatal designada para la administración del programa Medicaid (llamado “Healthy Connections Medicaid”) en South Carolina. El SCDHHS es una agencia ministerial del Gobierno del Estado de South Carolina.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que exige que usted primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



Ingreso Suplementario del Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSI): un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Estos beneficios no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Nivel: un nivel es un grupo de medicamentos que suelen ser del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o de venta libre).

Atención requerida de urgencia: la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención de inmediato. Puede recibir atención requerida de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no pueda comunicarse con ellos.

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. **Si quiere obtener más información,** visite mmp.absolutetotalcare.com.



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 تتحدث بالإنجليزية، يمكنك الحصول على خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل برقم 1-855-735-4398 (رقم هاتف لصالص موالليكم: 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 tlong hmang nan um silen, Mirang tlong 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).

ဟ်သုဉ်ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်-ဝဲနမ့ၢ်တကတိၤအဲးကလံးအကိၣ်ဘဉ်န့ၣ်,ကိၣ်အတၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်အိၣ်ဝဲဒၣ်လၢနဂီၢ်လၢတလိၣ် ဟ့ၣ်အပူၤဘဉ်န့ၣ်လီၤ.ကိးဘဉ် 1-855-735-4398 (TTY: 711) တက့ၢ်.

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

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

Departamento de Servicios al Afiliado de Absolute Total Care

| | |
|----------------------------|--|
| <p>POR TELÉFONO</p> | <p>1-855-735-4398</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 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.</p> <p>El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan español.</p> |
| <p>TTY</p> | <p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es 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.</p> |
| <p>POR FAX</p> | <p>1-866-719-5435</p> |
| <p>POR CORREO</p> | <p>Absolute Total Care 1441 Main Street, Suite 900 Columbia, SC 29201</p> |
| <p>SITIO WEB</p> | <p>mmp.absolutetotalcare.com</p> |

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. **Si quiere obtener más información**, visite mmp.absolutetotalcare.com.

