Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)

Manual del Miembro

Manual del Miembro de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Su cobertura de salud y medicamentos en virtud de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)

Introducción del *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro*, también denominado Evidencia de Cobertura, detalla la cobertura conforme a nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Explica los servicios de atención de salud, los servicios de salud conductual, 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 un centro de convalecencia. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro*.

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

Cuando en este *Manual del Miembro* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se hace referencia a Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP).

Esta información está disponible sin costo en español.

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, tales como letra grande, braille y/o audio si llama a Servicios para Miembros al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita.

Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, tales como letra grande, braille y/o audio si llama a Servicios para Miembros al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita.

- Podemos enviarle los materiales en otro idioma (además de los idiomas enumerados anteriormente) o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.
- Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única, llame a Servicios para Miembros al 1-833-998-5063 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)

Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)

Manual del Miembro

Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro 4

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 18

Capítulo 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos 35

Capítulo 4: Tabla de beneficios 56

Capítulo 5: Obtención de medicamentos para pacientes ambulatorios 131

Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos de Medicare y Healthy Connections Medicaid.....156

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió en concepto de servicios o medicamentos cubiertos 168

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 175

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos) 198

Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan 248

Capítulo 11: Notificaciones legales.....260

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes 267

Descargos de responsabilidad

- Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PDP que tiene un contrato con Medicare y es un Patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- En función de una revisión del Modelo de Atención, Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta 2028.
- Los beneficios mencionados son parte de los Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas. No todos los miembros calificarán. Además de ser de alto riesgo, usted debe tener una o más de las siguientes afecciones crónicas: cáncer, trastornos cardiovasculares, trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes, trastornos pulmonares crónicos, diabetes. Hay otras condiciones elegibles que no aparecen en la lista. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar basándose únicamente en su condición. Todos los requisitos de elegibilidad aplicables deben cumplirse antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros o consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del Plan, a excepción de las situaciones de emergencia. Llame al número de nuestro servicio al cliente o consulte su *Manual del Miembro* para obtener más información, incluida la distribución de costos que se aplica a los servicios fuera de la red.
- Los beneficios y/o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- Los medicamentos cubiertos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid de South Carolina y su afiliación al plan. También le explica qué debe esperar y qué información adicional le enviaremos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan....6
B. Información sobre Medicare y Healthy Connections Medicaid....6
B1. Medicare....6
B2. Healthy Connections Medicaid....6
C. Ventajas de nuestro plan....7
D. Área de servicios de nuestro plan....8
E. Qué requisitos debe cumplir para ser un miembro del plan....9
F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud?....10
G. El equipo de atención y el plan de atención....11
G1. Equipo de atención....11
G2. Plan de atención....11
H. Resumen de los Costos Importantes....13
I. Este *Manual del Miembro*....13
J. Otra información importante que le brindamos....13
J1. Su Tarjeta de ID de Miembro....13

J2. *Directorio de Farmacias y Proveedores* 14
J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos* 15
J4. La *Explicación de Beneficios* 16
K ¿Cómo mantener actualizado su registro de membresía? 16
K1. Privacidad de la información de salud personal (PHI)..... 17

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan proporciona servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid a personas que son elegibles para ambos programas. Un plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar sus servicios y proveedores. Todos los integrantes trabajan en conjunto para proporcionarle la atención que necesita.

Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) fue aprobado por el Estado de South Carolina y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para proporcionarle servicios.

B. Información sobre Medicare y Healthy Connections Medicaid

B1. Medicare

Medicare es un programa de seguro de salud federal para:

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

B2. Healthy Connections Medicaid

Healthy Connections Medicaid es el nombre del programa Medicaid de South Carolina. Healthy Connections Medicaid es gestionado por el Estado y financiado por el Gobierno estatal y federal. Healthy Connections Medicaid ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no se encuentran cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

qué cuenta como ingresos y recursos,

quién es elegible,

qué servicios están cubiertos, **y**

cuál es el costo de los servicios.

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

Medicare y el estado de South Carolina aprobaron nuestro plan. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid a través de nuestro plan siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- decidimos ofrecerle el plan, **y**

Medicare y el estado de South Carolina nos permiten seguir ofreciendo este plan.

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

C. Ventajas de nuestro plan

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

Lo ayudaremos a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos y trabajen mejor para usted. Estas son algunas de las ventajas:

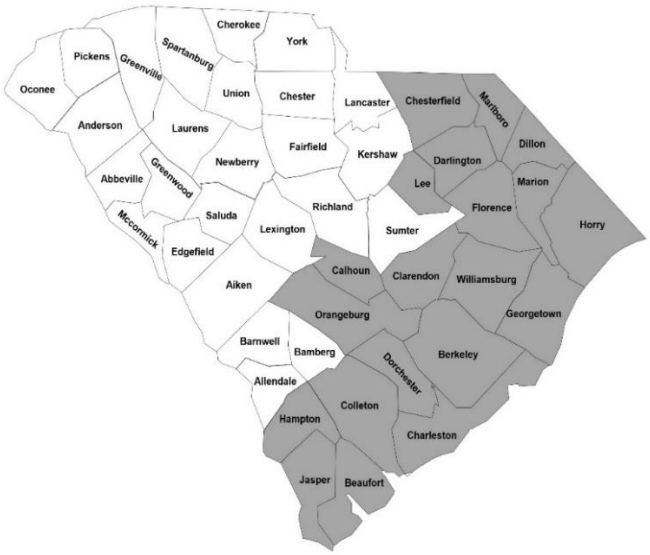
- Puede trabajar con nosotros para satisfacer la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a armar. Su equipo de atención puede incluir cuidadores, médicos, enfermeros, asesores, otros profesionales de la salud, y a usted.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Esa es la persona que trabajará con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Podrá controlar su propia atención con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- Su equipo de atención y coordinador de atención trabajan con usted para establecer un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades médicas. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
    - Que los médicos estén al tanto de todos los medicamentos que usted toma para asegurarse de que esté tomando los correctos y reducir cualquier efecto secundario ocasionado por estos medicamentos.
    - Que los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos miembros de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP): En la mayoría de los casos usted estará inscrito en Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) para sus beneficios de Medicare el día 1 del mes después de solicitar su inscripción en Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP). Es posible que aún reciba sus servicios de Healthy Connections Medicaid de su plan de salud anterior de Healthy Connections Medicaid por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Healthy Connections Medicaid a través de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP). No habrá etapa sin cobertura en su cobertura de Healthy Connections Medicaid. Llámenos al número que figura en la parte inferior de la página si tiene alguna pregunta.

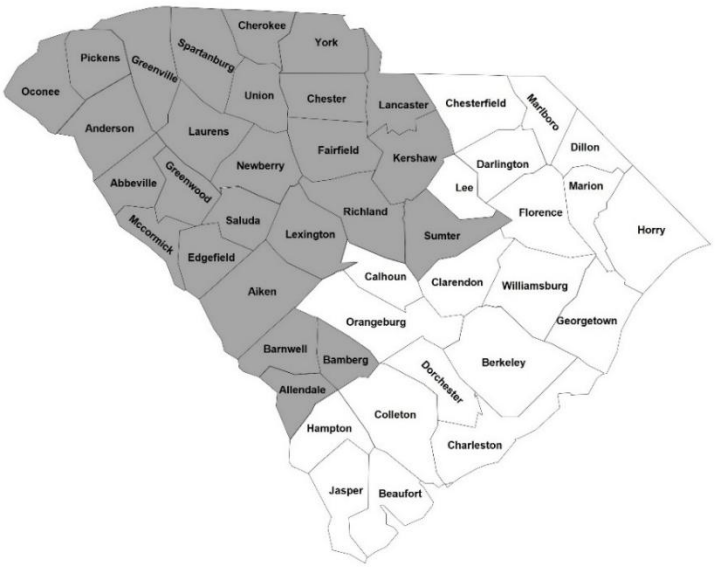
D. Área de servicios de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye estos condados en South Carolina: Abbeville, Aiken, Allendale, Anderson, Bamberg, Barnwell, Beaufort, Berkeley, Calhoun, Charleston, Cherokee, Chester, Chesterfield, Clarendon, Colleton, Darlington, Dillon, Dorchester, Edgefield, Fairfield, Florence, Georgetown, Greenville, Greenwood, Hampton, Horry, Jasper, Kershaw, Lancaster, Laurens, Lee, Lexington, Marion, Marlboro, McCormick, Newberry, Oconee, Orangeburg, Pickens, Richland, Saluda, Spartanburg, Sumter, Union, Williamsburg y York.

Región norte:



Región costera:



Solo las personas que viven en nuestra área de servicios pueden unirse a nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicios. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicios.

E. Qué requisitos debe cumplir para ser un miembro del plan

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

- vivir en nuestra área de servicios (las personas encarceladas no se consideran personas que vivan en el área de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella), **y**
- contar con Medicare Part A y Medicare Part B, **y**
- ser ciudadano de los Estados Unidos o tiene la nacionalidad de ese país, o no es ciudadano, pero es elegible, **y**
- ser elegible actualmente para Healthy Connections Medicaid, **y**
- tener 18 años o más en el momento de la inscripción.

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

- es parte de la población de Healthy Connections Medicaid que debe pagar algunos de los gastos del paciente; **o**
- tiene un seguro integral de terceros; **o**
- vive en un Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID) o en el momento de la determinación de la elegibilidad; **o**
- participa en un programa de centro de cuidado para pacientes terminales o recibe servicios para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) en el momento de la determinación de la elegibilidad.
- Si usted pierde su elegibilidad para Healthy Connections Medicaid, pero se espera que la recupere dentro de 3 meses, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP). Cuando termine su cobertura de Healthy Connections Medicaid, no pagaremos sus beneficios de Healthy Connections Medicaid. Pagaremos cualquier distribución de costos de Medicare que Healthy Connections Medicaid hubiera pagado si usted no hubiera perdido Healthy Connections Medicaid. Si tiene más preguntas, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.

  Le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para Healthy Connections Medicaid. Si se restablece la elegibilidad para Healthy Connections Medicaid mientras su inscripción con nosotros para la cobertura de Medicare continúa, reanudaremos el pago de sus beneficios de Healthy Connections Medicaid y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar Healthy Connections Medicaid en un plazo de 3 meses cancelaremos su inscripción de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad de Healthy Connections Medicaid después de que se le haya cancelado la inscripción, tendrá que ponerse en contacto con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud?

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, obtiene una evaluación de riesgos para la salud (HRA) dentro de los 90 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos completar su HRA. Esta HRA es la base para elaborar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales, incluyendo vivienda, transporte, y su capacidad para obtener alimentos y nutrición.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. La HRA puede realizarse en una visita en persona, por teléfono o por correo. Nos comunicaremos con usted anualmente para ver si alguna de sus necesidades ha cambiado.

Le enviaremos más información acerca de la HRA.

Si este plan es nuevo para usted, puede seguir consultando a sus médicos y mantener las autorizaciones de servicio actuales durante 90 días después de que se inscribe. Durante este período, seguirá teniendo acceso a los mismos artículos, servicios y medicamentos que sean médicamente necesarios que en la actualidad. También tendrá acceso a sus proveedores médicos y de salud mental. Sin embargo, si un curso de tratamiento termina o si una autorización previa expira durante los primeros 90 días de nuestro plan, no se renovará automáticamente.

G. El equipo de atención y el plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, a un coordinador de atención, sus especialistas o a otros profesionales de la salud que usted elija.

El coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a coordinar la atención que necesita. Se le asigna un coordinador de cuidados cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo remite a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo de atención para ayudarle a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de cuidados y equipo de atención.

G2. Plan de atención

El equipo de atención trabajará con usted para establecer un plan de atención. El plan de atención les dice a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de servicios de salud conductual y de *LTSS u otros servicios*.

Su plan de atención incluirá lo siguiente:

Su plan de atención está destinado solo a usted. Se llama **Plan de Atención Individualizado (ICP)** y le ayuda a alcanzar sus metas de salud. Trabajamos con usted y sus cuidadores para elaborar un plan que se adapte a sus necesidades, fortalezas y lo que le gusta.

Cuando creamos su plan de atención, analizamos lo que podría dificultar que usted se ocupe de su salud. Luego, buscamos maneras de ayudarle a mantenerse lo más independiente posible.

Su plan de atención incluirá lo siguiente:

- sus objetivos de atención de salud, **y**
- un cronograma que indique cuándo debería recibir los servicios que necesita.
- **Sus metas de salud:** tanto a corto como a largo plazo. Estas metas son claras, realistas y definidas con su ayuda.
- **Servicios que necesita:** como qué tipo de atención recibirá, con qué frecuencia, durante cuánto tiempo y quién la proporcionará.
- **Horas de registro:** cuándo revisaremos su plan para saber cómo está.
- **Apoyo y remisiones del médico:** como ayuda de programas comunitarios u otros servicios de salud.
- **Barreras:** cosas que pueden dificultar que se mantenga saludable, y cómo trabajaremos en su solución.
- **Sus preferencias:** lo que le gusta y desea cuando se trata de su atención médica.

También incluimos:

- **Recursos:** como el nivel adecuado de atención y apoyo de su comunidad.
- **Intervenciones:** pasos que tomamos para ayudar con sus problemas de salud, usando sus puntos fuertes y metas.
- **Planes de autocuidado:** herramientas y consejos para ayudarle a cuidarse a sí mismo, incluida educación para la salud y tecnología que puede ayudar.

Su equipo de atención médica se reúne con usted después de su HRA. Le consultan acerca de los servicios que necesita. Además, el equipo de atención le mencionará algunos servicios para que usted considere si quiere recibirlos. Su plan de atención se crea según sus necesidades y objetivos. El equipo de atención colabora con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Resumen de los Costos Importantes

Nuestro plan no tiene prima.

I. Este *Manual del Miembro*

Este *Manual del Miembro* forma 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 nuestra decisión. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para pedir un *Manual del Miembro*, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual del Miembro* en nuestro sitio web. La dirección se encuentra al final de la página.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

J. Otra información importante que le brindamos

Otra información importante que le brindamos incluye su Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro, información sobre cómo tener acceso al *Directorio de Farmacias y Proveedores* e información sobre cómo tener acceso a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como *Cuadro básico*.

J1. Su Tarjeta de ID de Miembro

Con nuestro plan, usted tendrá una sola tarjeta para recibir los servicios de Medicare y de Healthy Connections Medicaid, incluidos los LTSS, algunos servicios de salud conductual y recetas. Debe mostrar esta tarjeta para obtener cualquier servicio o recetas. Esta es una muestra de la Tarjeta de ID de Miembro:

Si tiene preguntas, llame a Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-998-5063 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite go.wellcare.com/ATC.

Si su Tarjeta de ID de Miembro sufre daños, se pierde o es objeto de robo, llame inmediatamente a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras esté miembro a nuestro plan, no tendrá que utilizar la tarjeta roja, blanca ni azul de Medicare ni la tarjeta de Healthy Connections Medicaid para obtener la mayoría de los servicios. Guarde 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 ID de Miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a nuestro plan y usted puede recibir una factura. Es posible que se le solicite que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de un centro de cuidado para pacientes terminales o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos. Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* 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 nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Para pedir un *Directorio de Farmacias y Proveedores* (en formato digital o en copia impresa), llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. Las solicitudes de copias impresas de los *Directorios de Farmacias y Proveedores* se le enviarán por correo dentro de tres días hábiles. También puede ver el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en go.wellcare.com/2027providerdirectories.

El *Directorio de Farmacias y Proveedores* ofrece información, como direcciones, números de teléfono y horarios de atención. Le indica si el lugar tiene adaptaciones para personas con discapacidades. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* también se informa si los proveedores aceptan pacientes nuevos y si hablan otros idiomas. El Departamento de Servicios para Miembros 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 para Miembros. Si quiere que le envíen por correo un *Directorio de Farmacias y Proveedores,* puede llamar a Servicios para Miembros, o bien solicitar uno en el enlace del sitio web que se menciona en la parte inferior de la página.

Definición de proveedores de red

- Los proveedores de la red incluyen los siguientes:
    - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
    - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud de nuestro plan; **y**

- servicios de salud conductual, agencias de cuidado de la salud a domicilio, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros proveedores de bienes y servicios que tienen acceso a través de Medicare o de Healthy Connections Medicaid.

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

Definición de farmacias de red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para buscar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página. Servicios para Miembros y nuestro sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores y las farmacias de la red.

J3. *Lista de Medicamentos Cubiertos*

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de Medicamentos*, a menos que se hayan eliminado y reemplazado según se describe en el **Capítulo 5, Sección B**. Medicare aprobó la *Lista de Medicamentos* de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP).

La *Lista de Medicamentos* también le indica si existen normas o restricciones sobre cualquier medicamento, como un límite sobre la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

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 acerca de qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que se encuentra en la parte inferior de la página.

J4. La *Explicación de Beneficios*

Cuando use los beneficios de medicamentos de Medicare Part D, le enviaremos un resumen para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos por estos medicamentos de Medicare Part D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios* (EOB).

En la EOB se informa la cantidad total que usted, u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos de Medicare Part D y el monto total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. Esta EOB no es una factura. Además, la EOB incluye más información sobre los medicamentos que usted toma. En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* se incluye más información sobre la EOB y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para solicitar una copia, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.

En lugar de recibir una *Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)* en papel por correo, ahora tiene la opción de recibir una versión electrónica. Puede solicitarlo en express-scripts.com/rx. Si elige esta opción, recibirá un correo cuando su eEOB de la Parte D esté listo para ver, imprimir o descargar. Las EOB de la Parte D electrónicas también se denominan EOB de la Parte D digitales. Estas son copias exactas (imágenes) de las EOB de la Parte D impresas.

Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

K ¿Cómo mantener actualizado su registro de membresía?

Puede mantener su registro de membresía actualizado informándonos sobre los cambios en sus datos. Necesitamos esta información para asegurarnos de que tengamos su información correcta en nuestros registros. A

médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de distribución de costos**. Por esa razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Deberá notificarnos de inmediato con respecto a lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho o la indemnización laboral;

- si tiene algún reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico;
- la admisión en un hospital o un centro de enfermería;
- si obtiene atención en un hospital o una sala de emergencias;
- cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted); **y**
- si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos acerca de un estudio de investigación clínica en el que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cambia algún dato, llame a Servicios para Miembros, a los números que figuran en la parte inferior de la página.

También puede actualizar su información visitando nuestro sitio web, go.wellcare.com/ATC. Haga clic en el botón “Login” (Ingresar). Ingrese o cree una cuenta nueva. Luego envíenos un mensaje seguro. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas o necesita ayuda.

Asegúrese de actualizar a Healthy Connections Medicaid si se produce algún cambio en su información de contacto. Puede actualizar su dirección postal y particular, número de teléfono y dirección de correo electrónico en línea en https://www.scdhhs.gov o llamando a Servicios para Miembros de Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

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

La información que aparece en su registro de membresía puede incluir información de salud personal (PHI). Las leyes estatales y federales nos exigen que conservemos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro*.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo proporciona información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan 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 actuar como defensores en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Servicios para Miembros....20
B. Su Coordinador de Atención....23
C. Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders (I-CARE)....24
D. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)....26
E. Medicare....27
F. Healthy Connections Medicaid....29
G. Departamento para Adultos Mayores de South Carolina....30
H. Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo de South Carolina....31
I. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar sus Medicamentos....32
I1. Ayuda Adicional de Medicare....32
J. Seguro Social....33
K. Junta Ferroviaria de Retiro (RRB)....34

A. Servicios para Miembros

LLAME AL	1-833-998-5063. La llamada es gratuita. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que en el horario fuera de atención, los fines de semana y los días festivos, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono y un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día laborable. Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. La llamada es gratuita. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10050 Van Nuys, CA 91410-0050
SITIO WEB	go.wellcare.com/ATC

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda con lo siguiente:

- cuando tenga preguntas sobre el plan
- cuando tenga preguntas sobre reclamos o facturación
- decisiones de cobertura relacionadas con su atención médica
    - Una decisión de cobertura sobre la atención de salud es una decisión sobre lo siguiente:
        - sus beneficios y servicios cubiertos **o**
        - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.

- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención de salud.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- apelaciones relacionadas con su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión.
  - Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o comuníquese con Servicios para Miembros.
- reclamos relacionados con su atención médica
  - Puede hacer un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor (incluso sobre un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede hacer un reclamo ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) acerca de la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección D** a continuación).
  - Puede llamarnos y explicar su reclamo al 1-833-998-5063 (TTY:711).
  - Si el reclamo es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección que aparece más arriba).
  - Puede enviar un reclamo sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo hacer un reclamo relacionado con la atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura sobre medicamentos es una decisión relacionada con lo siguiente:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos **o**
    - el monto que pagaremos por sus medicamentos.

- Esto se aplica a los medicamentos de Medicare Part D, los medicamentos con receta 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, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- apelaciones relacionadas con sus medicamentos
  - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- reclamos relacionados con sus medicamentos
  - Puede hacer un reclamo sobre nosotros o cualquier farmacia. incluidos los reclamos sobre medicamentos médica.
  - Si el reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede enviar un reclamo sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Si quiere obtener más información acerca de cómo hacer un reclamo relacionado con sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- pagos por la atención médica o los medicamentos que usted ya pagó
  - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
  - Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Su Coordinador de Atención

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

LLAME AL	1-833-998-5063. La llamada es gratuita. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que en el horario fuera de atención, los fines de semana y los días festivos, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono y un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día laborable. Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. La llamada es gratuita. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10050 Van Nuys, CA 91410-0050
SITIO WEB	go.wellcare.com/ATC

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre su atención médica

- preguntas sobre los servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
- preguntas sobre transporte
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual, transporte, y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

C. Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders (I-CARE)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En South Carolina, el SHIP se llama programa Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders (I-CARE).

I-CARE es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito a los beneficiarios de Medicare sobre seguros de salud.

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

Comuníquese con I-CARE para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre Medicare

- Los asesores de I-CARE pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarle con las siguientes necesidades:
  - comprender sus derechos,
  - comprender sus opciones de planes,
  - preguntas sobre cambiar de planes,
  - hacer reclamos sobre su atención de salud o tratamiento, **y**
  - solucionar problemas con sus facturas.

D. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Acentra Health. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-317-0751. Esta llamada es gratuita. Los miembros del equipo de Acentra Health 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. Hay servicios de traducción disponibles para miembros y cuidadores que no hablan inglés.
TTY	711. La llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.com

Comuníquese con Acentra Health para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- hacer un reclamo sobre la atención que recibió si ocurren los siguientes casos:
  - tiene un problema con la calidad de la atención, como obtener el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico erróneo,
  - considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto, **o**
  - considera que su cuidado de la salud en el hogar, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

E. Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Esta organización tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluyendo nuestro plan.

LLAME AL	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. La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
CHATEA EN VIVO	Chatee en directo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

SITIO WEB	www.medicare.gov ● Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos los costos y los servicios que proporcionan. ● Encuentre médicos participantes en Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica. ● Averigüe lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y consultas anuales de "bienestar"). ● Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. ● Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, centros de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de salud a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidado para pacientes terminales, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidados a largo plazo. ● Busque sitios web, números de teléfono útiles. Para presentar un reclamo a Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para contribuir a mejorar la calidad del programa Medicare.

F. 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 ayuda que recibe de Medicaid, llame a Wellcare Absolute Total Care Dual Align al número que aparece al final de la página. También puede llamar a Healthy Connections Medicaid.

LLAME AL	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 problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	South Carolina Department of Health and Human Services P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202
SITIO WEB	www.scdhhs.gov

G. Departamento para Adultos Mayores de South Carolina

El Departamento para Adultos Mayores de South Carolina trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo a comprender lo que debe hacer. El Departamento para Adultos Mayores también puede ayudarlo con problemas de servicio o facturación. No están relacionados con ninguna empresa aseguradora ni plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-868-9095 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	TTY: 711 La llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201
SITIO WEB	www.aging.sc.gov

H. Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo de South Carolina

La Defensoría de Atención a Largo Plazo de South Carolina ayuda a las personas a obtener información sobre centros de convalecencia y a resolver problemas entre estos y los residentes o sus familias.

La Defensoría de Atención a Largo Plazo el Estado de South Carolina no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	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.
ESCRIBA A	Long Term Care Ombudsman Department on Aging 1301 Gervais St., Suite 350 Columbia, SC 29201
POR CORREO ELECTRÓNICO	ltcombudsman@aging.sc.gov
SITIO WEB	www.aging.sc.gov

I. Programas para Ayudar a las Personas a Pagar sus Medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

I1. Ayuda Adicional de Medicare

Puesto que tiene elegibilidad para Medicaid, reúne los requisitos para obtener “Ayuda Adicional” (Extra Help), que ya recibe, de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos. No debe hacer nada para recibir “Ayuda Adicional.”

LLAME AL	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 personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.medicare.gov

J. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare.

Si usted se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarles al respecto.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
SITIO WEB	www.ssa.gov

K. Junta Ferroviaria de Retiro (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si usted recibe sus beneficios de Medicare a través de la RRB, informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de parte de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Marque “0” para hablar con un representante de RRB los lunes, martes, jueves y viernes, de 9 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles de 9 a.m. a 12 p.m. Marque “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

Capítulo 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

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

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores 37

B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan 37

C. Su coordinador de atención 39

C1. ¿Qué es un Coordinador de Atención? 39

C2. ¿Cómo puede comunicarse con el Coordinador de Atención? 39

C3. ¿Cómo cambiar el Coordinador de Atención? 39

D. Atención de proveedores 39

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP) 39

D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red 42

D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan 43

D4. Proveedores fuera de la red 44

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) 45

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias) 45

G. ¿Cómo obtener cuidados autodirigidos? 45

G1. ¿Qué son los cuidados autodirigidos? 45

G2. Quién puede obtener atención dirigida por el paciente....45

G3. Cómo obtener ayuda en la contratación de proveedores de cuidado personal (si corresponde) 46

H. Servicios de transporte 46

I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante un desastre 46

I1. Atención en una emergencia médica....46

I2. Cuidado urgentemente necesario....48

I3. Cuidado durante un desastre....49

J. Qué sucede si se le facturan directamente los servicios cubiertos 50

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 50

K. Cobertura de los servicios de atención de médica en un estudio de investigación clínica... 50

K1. Definición de un estudio de investigación clínica 50

K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 51

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica 51

L. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa no médica de atención de la salud 52

L1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud 52

L2. Atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud 52

M. Equipo médico duradero (DME)....53

M1. DME como miembro de nuestro plan 53

M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare 53

M3. Beneficio de un equipo de oxígeno por ser miembro de nuestro plan....54

M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage (MA)....54

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son la atención de salud, los suministros, los servicios de salud conductual, los medicamentos de venta libre y los que requieren receta médica, los equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención médica y los servicios de salud conductual cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*. Los servicios cubiertos para los medicamentos de venta libre y con receta se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que brindan servicios y atención, y que tienen una licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud conductual y equipos médicos.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como la totalidad del pago. Hemos hecho los arreglos correspondientes para que estos proveedores le proporcionen servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos envían la factura directamente a nosotros por los cuidados que le proporcionan a usted. Cuando recurre a un proveedor de la red, en general no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre los servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Esto incluye salud conductual.

En general, nuestro plan cubrirá los servicios de atención médica y de salud conductual que reciba cuando siga nuestras normas. Los siguientes cuidados de salud están cubiertos por nuestro plan:

- La atención que recibe debe incluirse en nuestra Tabla de Beneficios Médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. “Médicamente necesaria” significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención para evitar que vaya a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que le proporcione y supervise su atención. Como miembro al plan, usted debe

seleccionar a un proveedor de la red para que sea su PCP. (consulte la **Sección D1** para obtener más información).

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún proveedor que no sea su PCP o a otros proveedores en la red de nuestro plan. Esto se llama **remisión del médico**. Si no obtiene la aprobación, es posible que cubramos los servicios.
- Usted no necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o cuidado urgentemente necesario, ni para acudir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener remisión de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la **Sección D1**).

- **Debe recibir atención de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** en este capítulo)**.** Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje para nuestro plan de salud. Esto significa que usted deberá pagar al proveedor en su totalidad por los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - Si necesita atención de emergencia o el cuidado urgentemente necesario de los proveedores fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I**).
  - Si necesita atención cubierta por el plan y nuestros proveedores de la red no pueden brindársela, 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 esta situación, cubrimos la atención sin cargo para usted. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4**.
  - Si necesita diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicios de nuestro plan durante un breve período o cuando su proveedor no está disponible o accesible temporalmente, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página antes de dejar el área de servicios para que podamos hacer los arreglos para que usted reciba su diálisis de mantenimiento mientras esté lejos.
  - Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir consultando a los proveedores actuales durante 90 días, o hasta que hayamos completado su evaluación integral y creado un plan de transición que usted acepte. Si considera que necesita tratamiento continuo de un proveedor fuera de la red después de los

primeros 90 días, comuníquese con su coordinador de atención o con Servicios para Miembros llamando al número que aparece al final de la página.

C. Su coordinador de atención

El equipo de atención está compuesto por un coordinador de atención o administrador de cuidados de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) junto con cualquier otra persona que usted elija (como un familiar y/o un cuidador), sus proveedores y, principalmente, usted. Los coordinadores de atención o administradores de cuidados se encargan de garantizar que usted obtenga los mejores resultados en la atención. Para garantizar que ellos entiendan 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 o administradores de cuidados les proporcionan información a usted y a sus proveedores para asegurarse de que usted reciba el tratamiento más adecuado. En este Manual del Miembro, cuando se menciona al coordinador de atención, también puede referirse al administrador de cuidados.

C1. ¿Qué es un Coordinador de Atención?

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

C2. ¿Cómo puede comunicarse con el Coordinador de Atención?

Puede comunicarse con el coordinador de atención llamando a nuestro plan al número que figura en la parte inferior de la página.

C3. ¿Cómo cambiar el Coordinador de Atención?

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

D. Atención de proveedores

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

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

Qué es un PCP y qué hace un PCP por usted

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es su socio en salud, proveyendo o coordinando su cuidado. Su PCP es un profesional de cuidado de la salud que satisface los requisitos del estado y está capacitado para brindarle cuidado médico básico. Estos incluyen médicos especializados en la práctica familiar, la práctica general, la medicina interna y la geriatría.

Se puede elegir a un profesional no médico para que sea su PCP. Los profesionales no médicos incluyen profesionales de enfermería (NP) o asistentes médicos (PA).

Además, está limitado a especialistas y centros que han acordado participar en el plan Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP). Debido a que elegir este plan le exigirá que use solo estos proveedores específicos para su atención, es importante que revise atentamente la lista de proveedores para asegurarse de que incluya los proveedores que utiliza habitualmente. El directorio de proveedores está disponible en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Recibirá la mayor parte de su atención básica o rutinaria por parte de su PCP. Su PCP lo ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- radiografías,
- pruebas de laboratorio,
- terapias,
- atención de médicos especialistas,
- admisión en un hospital, y
- atención de seguimiento

La “coordinación” de sus servicios cubiertos incluye verificar o consultar a otros proveedores del plan sobre su atención y sobre cómo se está desarrollando. Para ciertos tipos de servicios o suministros, su PCP necesitará obtener una remisión (como a un especialista) y/o una autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP solicitará la autorización de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este documento para obtener información sobre los servicios y artículos que requieren remisión del médico y/o autorización previa.

Dado que su PCP proporcionará y coordinará su cuidado médico, usted debe enviar al consultorio de su PCP su historia clínica anterior. Generalmente, consultará a su PCP para la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Le recomendamos que su

PCP coordine toda su atención. Consulte la **Sección D2** de este capítulo para obtener más información sobre cómo obtener atención de especialistas u otros proveedores de la red.

Si necesita hablar con su médico después del horario laboral normal, llame al consultorio del médico y se lo dirigirá a su médico, un contestador automático con instrucciones sobre dónde obtener el servicio u otro médico que esté proporcionando cobertura. Si tiene una emergencia, llame inmediatamente al 911.

Elección de su PCP

Para elegir a su PCP, consulte nuestro sitio web go.wellcare.com/2027providerdirectories y seleccione un PCP de la red de nuestro plan. Los Servicios para Miembros también pueden ayudarle a elegir un PCP. Una vez que haya elegido su PCP, llame a Servicios para Miembros e informe su selección. Su PCP debe formar parte de nuestra red. Si hay un hospital o un especialista del plan en particular que desee utilizar, verifique primero para asegurarse de que los especialistas y/u hospitales están en la red del PCP. Si no elige un PCP o si elige un PCP que no está disponible con este plan, le asignaremos automáticamente un PCP.

Opción de cambiar de PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP deja nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un PCP nuevo en nuestra red.

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

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

Servicios que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP

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

- Servicios de emergencia recibidos de proveedores de la red o proveedores fuera de la red
- Servicios cubiertos urgentemente necesarios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicios de nuestro plan o si no es razonable dada la hora, el lugar y las circunstancias recibir este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos

de servicios urgentemente necesarios son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias para el proveedor (como los controles anuales) no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted está fuera del área de servicios de nuestro plan o nuestra red no está disponible temporalmente.

- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de dejar el área de servicios. Podemos ayudarle con sus servicios de diálisis mientras se encuentra fuera del área.
- Vacunas contra la gripe y contra la COVID-19, así como contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Atención de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye examen de mamas, mamografías de diagnóstico (rayos X de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los realice un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indígena, puede acudir a estos proveedores sin una remisión del médico.

D2. Cuidado 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:

- Oncólogos, médicos que brindan cuidado a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los traumatólogos tratan a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Para que pueda ver a un médico especialista, generalmente necesita obtener la aprobación de su PCP primero. Esto se llama conseguir una “remisión del médico” a un especialista. Es muy importante analizar con su PCP la necesidad de obtener una remisión del médico antes de ver a un especialista u otros proveedores del plan. Hay algunas excepciones, incluida la atención médica rutinaria de la mujer, como se explica en la **Sección D1**. Si no tiene una remisión del médico antes de recibir los servicios de un especialista o de otros proveedores determinados, posiblemente deba pagar por dichos servicios.

Si el médico especialista desea que usted regrese para recibir atención adicional, verifique primero que la remisión del médico que obtiene de su PCP para la primera visita cubra visitas adicionales al especialista o a otros proveedores determinados. En algunos casos, es posible

que usted, su representante o su PCP/proveedor necesiten obtener una autorización previa del plan. Consulte el **Capítulo 4** para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Cada PCP puede hacer remisiones del médico a ciertos especialistas del plan y utilizar ciertos hospitales dentro de su red. Dado que algunos PCP participan en redes de remisiones del médico limitadas o específicas, el PCP que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que usted puede usar. Si hay especialistas u hospitales específicos que desee utilizar, averigüe si su PCP del plan utiliza estos especialistas u hospitales. Por lo general puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan o ir a un hospital al que su PCP actual no puede remitirlo. En la **Sección D1**, le explicamos cómo cambiar su PCP.

D3. Qué debe hacer si un proveedor abandona nuestro plan

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

- Aunque es posible que la red de proveedores cambie durante el año, nosotros debemos brindarles un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le informaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que disponga de tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le enviaremos una notificación si consultó a ese proveedor dentro de los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le enviaremos una notificación si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los consultó en los últimos tres meses.
- Lo ayudamos a seleccionar un proveedor de la red cualificado nuevo, quien continuará administrando sus necesidades de atención médica.
- Si en este momento está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo tratamiento o terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para que le proporcione su

atención cuando un proveedor o beneficio de la red no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe comunicarse con el plan a fin de solicitar una autorización para que usted obtenga los servicios. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red recibirá una autorización para proporcionar los servicios.

- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando su atención de manera adecuada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o urgentemente necesarios. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para miembros con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) que han viajado fuera del área de servicios del plan y no pueden acceder a los proveedores de la red. Los servicios de ESRD deben recibirse en un centro de diálisis certificado por Medicare.

Además, si necesita atención médica cubierta por Medicare y un proveedor de la red no puede proporcionar esta atención, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe comunicarse con el plan a fin de solicitar una autorización para que usted obtenga los servicios. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red recibirá una autorización para proporcionar los servicios.

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 es elegible para participar en Medicare y/o Healthy Connections Medicaid.
- Si acude 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. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

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

Los LTSS no están cubiertos por nuestro plan, pero podrían estar disponibles para usted bajo Healthy Connections Medicaid. Si considera que necesita LTSS, puede hablar con el coordinador de atención sobre cómo acceder a ellos y si puede inscribirse en una exención de Healthy Connections Medicaid. 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.

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)

Los servicios de salud conductual se encuentran disponibles para todos los miembros de nuestro plan. La mayoría de los tratamientos para pacientes ambulatorios individuales que se describe 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** de este manual. Para obtener servicios de salud conductual, comuníquese con su coordinador de atención o su PCP.

G. ¿Cómo obtener cuidados autodirigidos?

G1. ¿Qué son los cuidados autodirigidos?

La atención dirigida por el paciente permite a los miembros de nuestro plan contratar a sus propios asistentes de atención personal o proveedores. El miembro (la persona que recibe los servicios de un asistente, el miembro de nuestro plan 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 miembro también puede elegir tener un sustituto que lo ayude a elegir sus servicios de asistente de atención personal.

G2. Quién puede obtener atención dirigida por el paciente

El cuidado autodirigido está disponible para todos los miembros con exención en nuestro plan. Esta atención puede estar disponible para miembros que no están inscritos en un programa de exención si su afección o diagnóstico la hace médicamente necesaria.

G3. Cómo obtener ayuda en la contratación de proveedores de cuidado personal (si corresponde)

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

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

H. Servicios de transporte

Nuestro plan cubre el transporte médico que no es de emergencia. Este beneficio le ayuda a obtener la atención y los servicios necesarios. Puede obtener transporte para ir y volver de lugares de atención médica como sus médicos, especialistas, farmacias o proveedores de atención médica. Una vez que usted use su transporte médico cubierto por Medicare, puede usar el transporte médico que no es de emergencia de Healthy Connections Medicaid para los servicios cubiertos por Medicaid. Consulte el **Capítulo 4** para obtener detalles sobre cómo obtener servicios de transporte médico que no es de emergencia. Si necesita más información sobre los servicios de transporte, llame a Servicios para Miembros, a los números que figuran en la parte inferior de la página.

I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante un desastre

I1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una condición médica que empeora rápidamente. La condición 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:

- riesgo grave para su vida y, si está embarazada, pérdida de un feto; **o**

- la pérdida o un daño grave a las funciones del cuerpo; **o**
- pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad; **o**
- En el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente:
    - No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto.
    - El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Pida una ambulancia si es necesario. Usted **no** necesita aprobación ni una remisión de su PCP. No es necesario que consulte a un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de EE. UU. o sus territorios, o del mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Realizaremos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, preferiblemente dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no pagará los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Si quiere obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

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

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible. Le recomendamos que haga un seguimiento con su proveedor de atención primaria dentro de los 5 a 7 días después de recibir atención de emergencia. Es

posible que reciba una llamada de nuestro equipo de atención médica para ayudarle a obtener las citas de seguimiento necesarias y obtener otros beneficios útiles de recuperación.

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

En algunas ocasiones, puede ser difícil identificar una emergencia médica o de salud conductual. Puede recibir atención de emergencia y que el médico le diga que no se trataba 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, cubrimos la atención adicional solo en estas situaciones:

- Usted consulta a un proveedor de la red **o**
- La atención adicional que recibe se considera “cuidado urgentemente necesario” y usted sigue las reglas para obtener esta atención. Consulte la siguiente sección.

I2. Cuidado urgentemente necesario

El cuidado urgentemente necesario es la atención que se obtiene de una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, puede tener un rebrote de una condición existente o una enfermedad o lesión imprevistas.

Cuidado urgentemente necesario en el área de servicios de nuestro plan

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

- Obtiene esta atención de un proveedor de la red **y**
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no puede o no es razonable obtener la atención de un proveedor de la red, debido a la hora, el lugar o las circunstancias, cubriremos el cuidado urgentemente necesario que obtiene de un proveedor fuera de la red.

Comuníquese con el consultorio de su PCP si necesita atención de urgencia. Le pueden indicar que reciba atención de urgencia en un centro de atención de urgencia de la red. Puede encontrar una lista de centros de atención de urgencia de la red en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. También puede contactar con la Línea de Asesoramiento de Enfermería en cualquier momento. Un profesional de enfermería está esperando con respuestas las 24 horas del día, los siete días de la semana. Para obtener más información sobre la Línea de Asesoramiento de Enfermería, consulte la categoría de beneficios de los Programas de Educación para la Salud y el Bienestar en el **Capítulo 4** o llame a Servicios para Miembros.

Cuidado urgentemente necesario fuera del área de servicios de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicios de nuestro plan, tal vez no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá el cuidado urgentemente necesario que reciba de cualquier proveedor.
Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran urgentemente necesarias incluso si usted se encuentra fuera del área de servicios de nuestro plan o la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y cuidado urgentemente necesario en todo el mundo fuera de los Estados Unidos y sus territorios en las siguientes circunstancias.

- Usted está cubierto por hasta $50,000 cuando viaja fuera de los Estados Unidos bajo su cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Los montos que excedan esta cantidad no se cubrirán.
- El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país y los medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos no están cubiertos.
- Comuníquese con nosotros dentro de las 48 horas, si es posible, para informarnos de su visita a la sala de emergencias.

Para obtener más información, consulte “Atención de emergencia” y “Servicios urgentemente necesarios” en la Tabla de Beneficios Médicos del **Capítulo 4** de este documento o llame a Servicios para Miembros.

I3. Cuidado durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a obtener atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: go.wellcare.com/ATC.

Durante un desastre declarado, si no puede consultar a un proveedor de la red, podrá obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. Si no puede comprar en una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

J. Qué sucede si se le facturan directamente los servicios cubiertos

No pague directamente por servicios cubiertos por Healthy Connections Medicaid.

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer.

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

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que son médicamente necesarios, **y**
- que se detallan en la Tabla de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*), **y**
- que obtenga siguiendo las reglas del plan.

Si obtiene servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total**.

Tiene derecho a preguntarnos si quiere saber si pagaremos cualquier servicio o atención médica. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si le informamos que no pagaremos los servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* se explica qué debe hacer si quiere que cubramos un servicio o un artículo médico. También se explica cómo presentar una apelación de nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para Miembros 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. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicios para Miembros para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha usado de sus beneficios.

K. Cobertura de los servicios de atención de médica en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es la forma en la que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos y atención de salud. Un estudio de

investigación clínica aprobado por Medicare normalmente pide voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede continuar estando inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su cuidado (el cuidado que no esté relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la 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. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y a otras reglas del plan.

Lo animamos a que nos informe antes de comenzar la participación en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para los miembros, lo alentamos a que usted o su coordinador de atención se comuniquen con Servicios para Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como 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 servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- habitación y comidas para una estadía en un hospital que Medicare hubiera pagado incluso si usted no estuviese participando en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación
- tratamiento de efectos secundarios y complicaciones relacionadas con 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 (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un 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 la salud.

Este beneficio se proporciona únicamente en servicios para pacientes internados (servicios no médicos de cuidado de la salud) de Medicare Part A.

L2. Atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud

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

- El tratamiento médico “no exceptuado” se refiere a la atención o el tratamiento que son **voluntarios y no exigidos** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- Un tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que **no sean voluntarios y se exijan** conforme a las leyes locales, estatales o federales.

Para estar cubierto por nuestro plan, el cuidado que reciba de una institución religiosa no médica de atención de la salud debe reunir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro:
    - Usted debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de cuidado en hospital para pacientes internados o cuidado en un centro de enfermería especializada.

- Usted debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o su internación **no** será cubierta.

Se cubre el cuidado en hospital para pacientes internados si el plan lo autoriza. Para obtener información, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4**.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

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

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

Hay otros tipos de DME que debe alquilar. Como miembro de nuestro plan, en general, usted **no** será el propietario del DME, independientemente de cuánto tiempo lo alquile.

En algunas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo del DME. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página para obtener más información.

Aunque haya tenido el DME durante 12 meses consecutivos mientras estaba afiliado a Medicare antes de haberse afiliado a nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de 13 meses de alquiler. En un plan D-SNP integrado Medicare Advantage (MA) como el nuestro, 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.

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

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

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

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

M3. Beneficio de un equipo de oxígeno por ser miembro de nuestro plan

Si califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos:

- alquiler de equipos de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

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

M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage (MA)

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

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **después de alquilarlo por 36 meses**, su proveedor debe proporcionar lo siguiente:

- equipos, suministros y servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- equipo de oxígeno y suministros durante un máximo de cinco años si es médicamente necesario

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

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de otro proveedor.

- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Usted alquila el equipo de un proveedor durante 36 meses.
- El proveedor debe entonces proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada cinco años siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

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

Índice

A. Sus servicios cubiertos 58
B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios..... 58
C. Sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan..... 58
D. Tabla de Beneficios de nuestro plan 62
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 124
E1. Servicios dentales 125
E2. Transporte médico que no es de emergencia 125
E3. Alojamiento y Comidas en un Centro de Cuidado para Pacientes Terminales 125
E4. Servicios de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) 125
E5. Atención en un centro de enfermería 127
F. Beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Healthy Connections Medicaid 129

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le indica qué servicios cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*. En este capítulo también se explican los límites de algunos servicios.

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

Si necesita ayuda para comprender cuáles son los servicios cubiertos, llame a su coordinador de atención y/o a Servicios para Miembros al 1-833-998-5063 TTY: 711.

B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente, y lo protegemos de cualquier gasto. Esto es así incluso pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si recibe una factura, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* o llame a Servicios para Miembros.

C. Sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan

Esta Tabla de Beneficios le indica los servicios que paga el plan. (La cobertura de medicamentos se trata en el **Capítulo 5).** Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagaremos los servicios detallados en la Tabla de Beneficios solo cuando se sigan las reglas que explicamos a continuación. No tiene que pagar ningún servicio detallado en la Tabla de Beneficios, mientras cumpla con los siguientes requisitos.

- Brindamos los servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid según las reglas establecidas por Medicare y Healthy Connections Medicaid.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios de salud conductual y de consumo de sustancias, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios.” “Medicamente necesarios” son los servicios, los suministros o los medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención para evitar que vaya a un hospital o a un centro de enfermería. También

significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica.

- Para los nuevos miembros, es posible que durante los primeros 90 días no le exijamos que obtenga aprobación por adelantado para cualquier curso activo de tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Obtiene esta atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que sea de emergencia o un cuidado urgentemente necesario, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión del médico. Esto significa que usted le paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red que reciba. En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* hay más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Cuenta con un proveedor de atención primaria (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 proveedor que no sea su PCP o a otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se llama remisión del médico. En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro,* hay más información sobre cómo obtener una remisión del médico y las situaciones en las que **no** necesita una.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir consultando a los proveedores actuales durante 90 días, o hasta que hayamos completado su evaluación integral y creado un plan de transición que usted acepte. Si necesita seguir atendiéndose con sus proveedores fuera de la red después de los primeros 90 días en nuestro plan, solo cubriremos esa atención si el proveedor establece un acuerdo con nosotros para la atención de un único caso. Un acuerdo de caso único es una excepción que consiste en tratar al proveedor como si fuera un proveedor de la red. Si usted se encuentra bajo un tratamiento en curso con un proveedor fuera de la red y cree que necesitará un acuerdo de único caso para continuar con el tratamiento, comuníquese con Servicios para Miembros de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-998-5063 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite go.wellcare.com/ATC.
- 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 denomina autorización previa (PA). Marcamos en cursiva los servicios cubiertos en la Tabla de Beneficios que necesitan PA.
- Si nuestro plan proporciona la aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo médicamente razonable y

necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura, sus antecedentes médicos y las recomendaciones del proveedor del tratamiento.

- Al igual que todos los planes de salud Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. (Para saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su Manual *Medicare y Usted 2027*. Puede consultarlo en línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante 2027, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si usted pierde su elegibilidad para Healthy Connections Medicaid, pero se espera que la recupere dentro de 3 meses, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP). Cuando termine su cobertura de Healthy Connections Medicaid, no pagaremos sus beneficios de Healthy Connections Medicaid. Pagaremos cualquier distribución de costos de Medicare que Healthy Connections Medicaid hubiera pagado si usted no hubiera perdido Healthy Connections Medicaid. Si tiene más preguntas, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.

  Le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para Healthy Connections Medicaid. Si se restablece la elegibilidad para Healthy Connections Medicaid mientras su inscripción con nosotros para la cobertura de Medicare continúa, reanudaremos el pago de sus beneficios de Healthy Connections Medicaid y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar Healthy Connections Medicaid en un plazo de 3 meses cancelaremos su inscripción de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad de Healthy Connections Medicaid después de que se le haya cancelado la inscripción, tendrá que ponerse en contacto con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Información Importante de Beneficios para Miembros con Ciertas Condiciones Crónicas.

- Si se le diagnostican cualquiera de las siguientes condiciones crónicas enumeradas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas;
  - **Trastornos autoinmunitarios**
  - **Cáncer**
  - **Trastornos cardiovasculares**
  - **Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)**
  - **Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes**
  - **Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato**

- **Enfermedad gastrointestinal crónica**
- **Insuficiencia cardíaca crónica**
- **Enfermedad renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD)**
- **Trastornos pulmonares crónicos**
- **Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo**
- **Condiciones que requieren servicios terapéuticos continuos para que las personas mantengan o retengan el funcionamiento**
- **Condiciones con problemas funcionales**
- **Demencia**
- **Diabetes mellitus**
- **Endometriosis**
- **HIV/AIDS**
- **Trastornos de inmunodeficiencia e inmunosupresión**
- **Trastornos neurológicos**
- **Sobrepeso, obesidad, y síndrome metabólico**
- **Después de un trasplante de órganos**
- **Trastornos hematológicos graves**
- **Accidente cerebrovascular**

Su plan ofrece Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI). Estos beneficios están disponibles para los miembros a quienes se les diagnostica una o más condiciones crónicas elegibles y que cumplen con **todos** los requisitos de elegibilidad definidos por CMS:

- Tiene una o más condiciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que ponen en riesgo la vida o limitan de forma significativa la salud general o el funcionamiento del afiliado
- Tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud
- Requiere coordinación de cuidados intensivos

El diagnóstico de una condición crónica por sí solo no garantiza que la persona reúna los requisitos de elegibilidad. **Además de tener una o más condiciones crónicas que califiquen, la elegibilidad para SSBCI se determina según si el miembro presenta uno o más de los siguientes:**

- Antecedentes de hospitalización o visitas al servicio de ED, y/o
- Uso frecuente de servicios para pacientes ambulatorios o atención especializada, y/o
- Evidencia de control deficiente de la enfermedad o de cumplimiento inadecuado de la medicación, y/o
- Necesidades sociales no médicas (SDOH) que afectan a los resultados de salud

La elegibilidad se determina después de su inscripción en el plan, mediante criterios objetivos y documentados basados en la información disponible como

historias clínicas, reclamaciones, evaluaciones de administración de cuidados, documentación del proveedor y otra información complementaria.

En el caso de los nuevos miembros sin suficiente historial de reclamaciones, se puede presentar una declaración del proveedor para respaldar la revisión de elegibilidad. La presentación de una declaración no garantiza la aprobación, ya que la elegibilidad se determina en función de si el miembro cumple todos los criterios de elegibilidad requeridos.

Se requiere la confirmación de que se cumplen todos los criterios de elegibilidad antes de recibir acceso a los beneficios. Wellcare le notificará si es elegible y le dará instrucciones sobre cómo acceder a los beneficios SSBCI. Si tiene alguna pregunta sobre estos beneficios o su elegibilidad, llame al número de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de ID de miembro.

La elegibilidad de SSBCI se aplica solamente al año actual del plan y termina el 31 de diciembre. Los miembros deben cumplir con los requisitos de elegibilidad cada año del plan para continuar recibiendo estos beneficios

- Para obtener más información, consulte la fila Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas de la Tabla de Beneficios a continuación.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍎 muestra los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

D. Tabla de Beneficios de nuestro plan

Servicio Cubierto		Lo que paga
🍎	**Examen de diagnóstico de aneurisma aórtico abdominal** Se cubrirá una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen de diagnóstico si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión del médico, asistente médico (PA), profesional de enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS).	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Acupuntura Pagaremos hasta 12 visitas de acupuntura durante 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, que se define de la siguiente manera: ● con duración de 12 semanas o más; ● no específico (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como que no esté asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); ● no asociado con una cirugía; ● no asociado con el embarazo. Además, pagaremos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted demuestra una mejoría. Usted no puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico por año. Se deben suspender los tratamientos de acupuntura si usted no muestra una mejoría o si empeora. Requisitos del Proveedor: Los médicos pueden proporcionar servicios de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos (PA), los profesionales de enfermería (NP)/los enfermeros especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen alguno de los siguientes: ● un máster o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera una remisión del médico.* *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Acupuntura (continuación) ● una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Commonwealth (es decir Puerto Rico) de los Estados Unidos, o del District of Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA, o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones. **Acupuntura para otras afecciones** **Nuestro plan también cubre servicios de acupuntura suplementarios (no cubiertos por Medicare). No hay límite en la cantidad de visitas por año.** En la mayoría de los casos, debe usar un proveedor contratado para recibir los servicios cubiertos. Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta sobre cómo utilizar este beneficio de nuestro plan. Los servicios de acupuntura cubiertos incluyen lo siguiente: ● Un examen de paciente nuevo o de paciente establecido para la primera evaluación de un paciente con un problema de salud o brote nuevo ● Exámenes de pacientes establecidos (en un plazo de 3 años desde la realización de un examen nuevo) ● Consultas de seguimiento en el consultorio: pueden incluir servicios de acupuntura o un reexamen ● Una segunda opinión de un proveedor diferente de la red ● Servicios urgentes y emergentes Para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicios para Miembros.	
	Análisis del uso indebido de alcohol y asesoramiento Pagaremos una evaluación de detección del consumo indebido de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de este. Esto incluye a las embarazadas. Si se confirma su abuso de alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personal por año (si puede y presta atención durante el asesoramiento), proporcionadas por un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o un profesional en un centro de cuidado primario.	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de transporte aéreo y terrestre (avión o helicóptero), y servicios de ambulancia. La ambulancia lo llevará al centro más cercano que pueda brindarle atención. Su condición médica debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su salud o su vida. Para otros casos (que no sean de emergencia), debemos aprobar los servicios de ambulancia. En casos que no son emergencias, podríamos cubrir una ambulancia. Su condición médica 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.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*
	Examen físico anual de rutina Examen físico anual incluye examen del corazón, los pulmones, sistemas abdominal y neurológico, así como también un examen físico del cuerpo (como cabeza, cuello y extremidades) y antecedentes familiares/médicos detallados, además de los servicios incluidos en la Visita Anual de Bienestar. Los siguientes son ejemplos de servicios que se pueden realizar o solicitar durante el examen: ● Realizar mediciones rutinarias (altura, peso, presión arterial) ● Evaluar los factores de riesgo de enfermedades prevenibles ● Comprobar los reflejos y los signos vitales ● Análisis de laboratorio (muestras de orina y sangre)	$0
	Visita anual de bienestar Puede recibir un chequeo anual. Esto es para establecer o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Se cubrirá este chequeo una vez cada 12 meses. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Visita de bienestar anual (continuación) **Nota:** Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita de **Bienvenido a Medicare**. Sin embargo, no es necesario que haya tenido la visita de **Bienvenido a Medicare** para tener cobertura de las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	
	Medición de masa ósea Se cubrirán algunos procedimientos para miembros 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. Se cubrirán estos servicios una vez cada 24 meses, o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También le pagaremos a un médico para que observe y comente los resultados.	$0
	Detección del cáncer de mama (mamografías) Se cubrirán los siguientes servicios: ● una mamografía como referencia entre los 35 y los 39 años ● una mamografía de diagnóstico cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante ● exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) Se cubrirán los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con algunas condiciones y contar con la remisión del médico. Cubrimos estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas condiciones: ● ataque cardiaco en los últimos 12 meses ● cirugía de derivación de la arteria coronaria ● angina de pecho estable (dolor de pecho) ● reparación o reemplazo de válvulas cardíacas ● angioplastia coronaria (procedimiento médico que se utiliza para abrir una arteria bloqueada) o stent coronario (procedimiento que se utiliza para mantener abierta una arteria) ● trasplante de corazón o de corazón y pulmón ● insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede obtener hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener dos sesiones por día (cada una dura una hora), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, podrá obtener 36 sesiones más que se pueden distribuir durante un período de tiempo más largo.	$0 *Es posible que se requiera una remisión del médico.*
	Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas) Se cubrirá una visita por año a su proveedor de atención primaria (PCP), o más si es médicamente necesario, para ayudarle a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca. Durante las visitas, el médico puede hacer lo siguiente: **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad del corazón) (continuación) ● analizar el uso de la aspirina (aspirin), ● controlarle la presión arterial, **y/o** ● darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.	
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón) 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.	$0
	Detección del cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal Se cubrirán los siguientes servicios: ● para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos están cubiertos 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 ● para las mujeres que tuvieron un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos tres años y están en edad fértil: un examen de Papanicolaou cada 12 meses	$0
	Servicios quiroprácticos Se cubrirán los siguientes servicios: ● ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios quiroprácticos (continuación) **Nuestro plan también cubre visitas quiroprácticas suplementarias (no cubiertas por Medicare). No hay límite en la cantidad de visitas por año.** Los servicios quiroprácticos complementarios (no cubiertos por Medicare) para apoyar la espalda, el cuello o las articulaciones de los brazos y las piernas están limitados por necesidad médica. Los servicios quiroprácticos cubiertos incluyen: ● Un examen inicial (examen de paciente nuevo o examen de paciente establecido para la primera evaluación de un nuevo problema de salud o un nuevo brote). ● Reexámenes (exámenes de pacientes establecidos, cuando sea necesario para evaluar el progreso o modificar el tratamiento), fisioterapia de la columna vertebral o de las articulaciones, y/u otros servicios (estos servicios se pueden proporcionar en la misma consulta en la que se realiza el examen). ● Rayos X y servicios de laboratorio cuando son proporcionados por un quiropráctico contratado o remitido por el médico. Los servicios de rayos X y de laboratorio realizados fuera de una nueva consulta de paciente o establecida evaluarán un copago individual. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red, puede llamar a Servicios para Miembros. **Nota:** La cobertura de servicios quiroprácticos de rutina es un beneficio complementario ofrecido por el plan. Ni Medicare ni Healthy Connections Medicaid pagará la parte que le corresponde a usted del costo de estos servicios	
	Detección del cáncer colorrectal Se cubrirán los siguientes servicios: ● La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (diez años) para pacientes que no presentan un riesgo alto, o 48 meses después de una **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Examen de diagnóstico de cáncer colorrectal (continuación) ● sigmoidoscopía flexible previa en pacientes que no presentan un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopía de detección previa. ● La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía de detección por tomografía computarizada, o cuando hayan pasado 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede hacer el pago de una colonografía de detección por tomografía computarizada cuando hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de cribado o la última colonoscopia de detección. ● Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan un alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de diagnóstico. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. ● Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. ● Prueba multidiana de DNA en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. ● Pruebas de Biomarcadores en Sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Examen de diagnóstico de cáncer colorrectal (continuación) ● Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare con un resultado positivo. ● Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material orgánico, u otro procedimiento proporcionado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en el mismo encuentro clínico.	
	Servicios dentales Algunos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Healthy Connections Medicaid. Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) pagará por los siguientes servicios: ○ los procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos maxilofaciales. ○ los procedimientos dentales relacionados con lo siguiente: ○ 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; **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios dentales (continuación) ○ tratamiento de un traumatismo en un hospital o centro de cirugía ambulatoria. Nosotros pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta a la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de órganos. Además, cubrimos: **Servicios dentales suplementarios (es decir, de rutina):** Hay un beneficio máximo del plan de $3,000 cada año para servicios Dentales Integrales cubiertos. Usted es responsable de cantidades que superen el límite de beneficios. ● **Diagnóstico y Atención Dental Preventiva** Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente ○ Exámenes orales periódicos: 2 cada año ○ Limpiezas (profilaxis): 2 cada año ○ Tratamiento con fluoruro (fluoride): 1 cada año ○ Rayos X dentales: 1 conjunto cada fecha de servicio durante 3 años según el tipo de servicio ○ Otros servicios dentales de diagnóstico: 1 por visita ○ Otros servicios dentales preventivos: 1 por diente cada 6 meses **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios dentales (continuación) ● **Cuidado Dental Integral** Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente ○ Periodoncia: 1 cada 6 a 2 años según el tipo de servicio ○ Servicios de Restauración: 1 por diente cada 1 a 7 años del plan, según el tipo de servicio ○ Endodoncia: 1 por diente de por vida ○ Cirugía oral/maxilofacial: 1 por cada diente o cuadrante de por vida según el tipo de servicio ○ Prostodoncia, removible: de 1 cada 1 a 5 años, según el tipo de servicio ○ Servicios generales complementarios: 1 por fecha de servicio durante 5 años, según el tipo de servicio Antes de recibir los servicios, se recomienda a los miembros discutir sus opciones de tratamiento con un proveedor de servicios dentales de rutina participante. El tratamiento debe iniciarse y completarse mientras tenga cobertura del plan durante el año del plan. El costo de los servicios dentales no cubiertos por el plan es responsabilidad del miembro. **A fin de estar cubiertos por el plan, los servicios dentales complementarios (es decir, los que no están cubiertos por Medicare) deben recibirse de un proveedor participante.** **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios dentales (continuación) **Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar un reclamo o para obtener más información llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página.** **Puede encontrar más información sobre la cobertura dental, incluida una lista detallada de los procedimientos cubiertos, en nuestros Detalles de Beneficios Dentales en:** go.wellcare.com/dental-silver. Nota: La cobertura de servicios dentales de rutina es un beneficio complementario que el plan ofrece. Ni Medicare ni Healthy Connections Medicaid pagará la parte que le corresponde a usted del costo de estos servicios. Los miembros que también están inscritos en Healthy Connections Medicaid pueden ser elegibles para una cobertura secundaria de servicios dentales suplementarios de parte del Estado. Antes de obtener servicios dentales, solicite al proveedor si pueden facturar a Healthy Connections Medicaid como pagador secundario. Asegúrese de mostrar al proveedor su tarjeta de identificación del plan de salud.	
	Detección de la depresión Se cubrirá un examen de detección de la depresión una vez al año. El examen de diagnóstico se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar un tratamiento de seguimiento y/o remisiones del médico.	$0

Servicio Cubierto	Lo que paga
Detección de la diabetes Se cubrirá el examen de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: ● presión arterial alta (hipertensión) ● antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) ● obesidad ● antecedentes hiperglucemia (glucosa) Los exámenes pueden estar cubiertos en otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de la diabetes más reciente.	$0
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Se cubrirán los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (dependientes de insulina (insulin) o no): ● Suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre, como los siguientes: ○ un monitor de control de glucosa en sangre ○ tiras reactivas para el control de glucosa en sangre ○ dispositivos tipo lanceta y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros (continuación) ● Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave, se cubrirá lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (con las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas por año calendario; **o** ○ un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos) ● En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. ● Guía Accu-Chek™ y True Metrix™ son nuestros suministros preferidos para pruebas de diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). Dexcom y FreeStyle Libre son nuestras marcas preferidas de monitores continuos de glucosa. Para obtener más información sobre los artículos que se encuentran en las listas de suministros preferidos para pruebas y monitoreo de la diabetes, comuníquese con Servicios para Miembros. Si usted utiliza suministros para pruebas y monitoreo de la diabetes que son no preferidos por el plan, hable con su proveedor para obtener una nueva receta o para solicitar una autorización previa para un monitor de glucosa en la sangre y tiras reactivas no preferidas.	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro* para obtener una definición de "Equipo médico duradero (DME)." Cubrimos los siguientes artículos: ● sillas de ruedas ● muletas ● colchones eléctricos ● suministros para diabéticos ● camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar ● bombas y poste de infusión intravenosa (IV) ● dispositivos generadores del habla ● suministros y equipo de oxígeno ● nebulizadores ● andadores ● bastones estándar de agarradera curva o de cuatro apoyos y los suministros de reemplazo ● equipo de tracción cervical (de puerta) ● estimulador óseo ● equipo para el cuidado del sistema de diálisis Es posible que cubramos otros artículos. Pagamos 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.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Atención de emergencia La atención de emergencia comprende los servicios que: ● son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, ● son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que esto sea: ● un riesgo grave para su vida o para la de su hijo por nacer; **o** ● un daño grave a las funciones del cuerpo; **o** ● pérdida de una extremidad, o pérdida de la función de una extremidad. ● En el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente: ○ No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer. Los servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos están cubiertos.	$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su emergencia se estabilice, usted debe ir a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención o bien debe recibir atención para pacientes internados fuera de la red autorizado por nuestro plan, y el costo que deberá pagar corresponderá a la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red. $115 de copago por los servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos. Paga este monto incluso si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. Usted está cubierto por hasta $50,000 cada año para servicios de emergencia o servicios urgentemente necesarios recibidos fuera de los Estados Unidos.

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar. Se cubrirán los siguientes servicios: ● examen de planificación familiar y tratamiento médico ● pruebas de diagnóstico y laboratorio de planificación familiar ● métodos de planificación familiar (IUC/IUD, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos) ● suministros para la planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón cervical) ● asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados ● asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI) ● asesoramiento y pruebas para detectar HIV y AIDS, y otras enfermedades relacionadas con el HIV ● métodos anticonceptivos permanentes (debe tener más de 21 años para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento de esterilización, dentro de los 30 días como mínimo, pero no deben pasar más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). ● asesoría genética **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de planificación familiar (continúa) También se cubrirán otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red de proveedores sobre los siguientes servicios: ● tratamiento para la infertilidad (Este servicio no incluye maneras artificiales para quedar embarazada). ● tratamiento para el AIDS y otras enfermedades relacionadas con el HIV ● prueba genética	
	Programas de educación para la salud y el bienestar **Línea de asesoramiento de enfermería** Línea telefónica de Asesoramiento de Enfermería gratuita con personal de enfermería calificado y autorizado, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El personal de enfermería proporciona orientación para cuestiones relacionadas con la salud, ayudan a los miembros a determinar el nivel de atención más apropiado y ofrecen apoyo para problemas de salud que no sean de emergencia. Puede acceder a la Línea de Asesoramiento de Enfermería llamando a Servicios para Miembros y solicitando una transferencia a la Línea de Asesoramiento de Enfermería. **Beneficio de acondicionamiento físico** Nuestro plan ofrece un programa de acondicionamiento físico que ofrece acceso a gimnasios en todo el país. Para ayudar a mantener un estilo de vida activo y saludable, tiene acceso a las siguientes funciones sin costo alguno: **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Programas de educación para la salud y el bienestar (continuación) Membresía en Centro de Acondicionamiento Físico: elija entre varios centros de acondicionamiento físico presenciales que participen en el programa. La membresía incluye acceso a los servicios de un club de acondicionamiento físico estándar o de un estudio de acondicionamiento físico, así como a las clases de entrenamiento grupales que se ofrezcan. Puede acceder a uno o más gimnasios dentro de la red de acondicionamiento físico. ● Kits de Acondicionamiento Físico en Casa: Puede elegir entre diversos kits de acondicionamiento físico en casa. Puede recibir hasta 1 kit por cada año de beneficios. ● Programa de Acondicionamiento Físico Digital: Elija entre miles de videos de ejercicios a pedido a través de la biblioteca digital, el acceso a clases virtuales y una aplicación móvil. Para obtener más información sobre los beneficios de acondicionamiento físico, llame a Servicios para Miembros. **Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)** Cobertura para un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias y servicios de monitoreo. Un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias brinda tranquilidad y genera una respuesta a sus necesidades emergentes y no emergentes las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros pueden elegir entre lo siguiente: ● PERS para el hogar, con opciones de conectividad de línea fija o móvil. Incluye unidad base y dispositivos portátiles adicionales. ● PERS móvil, que incluye opciones portátiles, como colgantes para el cuello, brazaletes y clips para el cinturón. El Reloj inteligente PERS incluye funciones de seguimiento por pasos, monitoreo de la frecuencia cardiaca y tecnología de ubicación. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Programas de educación para la salud y el bienestar (continuación) El dispositivo PERS incluye acceso a una aplicación para usted y sus cuidadores familiares y/o contactos de emergencia. La aplicación proporciona visibilidad en tiempo real de la actividad, las alertas y el estado del dispositivo para una mayor seguridad y tranquilidad. También puede administrar las funciones, la configuración y las preferencias de su dispositivo a través de la aplicación. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.	
	Servicios de audición 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. **Nuestro plan también cubre los siguientes servicios de audición suplementarios (es decir, de rutina):** ● 1 examen de audición de rutina cada año. ● 1 evaluación y adaptación de audífonos cada año. ● 1 audífono no implantable hasta $1,000 por oído cada año. Limitado a 2 audífonos no implantables cada año. El beneficio incluye una garantía de 3 años que incluye pérdidas, y daños con un suministro de baterías. Cualquier costo de los audífonos que supere el máximo del beneficio arriba indicado será responsabilidad suya. Los audífonos adicionales no están cubiertos. **Los servicios de audición de rutina deben ser recibidos de un proveedor participante dentro de la red de proveedores para recibir el beneficio completo de audición que cubre el plan.** Para obtener más información sobre su proveedor de audición, la información de contacto y los beneficios de este, llame a Servicios para Miembros. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de audición (continuación) **Nota:** La cobertura de servicios de audición de rutina es un beneficio complementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni Healthy Connections Medicaid pagará la parte que le corresponde a usted del costo de estos servicios.	
	Detección del HIV Se cubre un examen de detección del HIV cada 12 meses para personas que hacen lo siguiente: ● solicitan una prueba de detección del HIV, **o** ● Tienen un mayor riesgo de infección por HIV. Si está embarazada, cubrimos hasta tres pruebas de detección del HIV durante el embarazo.	$0
	Agencia de cuidado de salud a domicilio Antes de recibir servicios de atención de salud a domicilio, un médico deberá informarnos que usted necesita estos servicios, y una agencia de cuidado de salud a domicilio deberá brindarlos. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa es un gran esfuerzo. Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí: ● servicios de enfermería especializada y de asistencia de salud a domicilio de tiempo parcial o intermitentes (para que estén cubiertos por el beneficio de atención de la salud a domicilio, los servicios combinados de enfermería especializada y de un asistente de salud a domicilio, deben sumar menos de ocho horas por día y 35 horas por semana). **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Agencia de Cuidado de Salud a Domicilio (continuación) ● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ● servicios médicos y sociales ● equipos y suministros médicos	
	Terapia de infusión en el hogar El plan cubrirá la terapia de infusión en el hogar. Esta terapia consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o sustancias biológicas que usted recibe en su hogar. Para realizar esta terapia se necesita lo siguiente: ● la sustancia biológica o el medicamento, como un antiviral o inmunoglobulina (immune globulin); ● el equipo, como una bomba; **y** ● suministros, como tubos o un catéter. Los servicios de infusión en el hogar cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes: ● servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención; ● la capacitación y educación del miembro no están incluidas en el beneficio de DME; ● monitoreo a distancia; **y** ● servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar que se hayan proporcionado mediante un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Centro de cuidado para pacientes terminales Usted tiene el derecho de elegir un centro de cuidado para pacientes terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado para pacientes terminales determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses de vida o menos. Puede obtener atención de cualquier programa de un centro de cuidado para pacientes terminales certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de centros para pacientes terminales certificados por Medicare en el área de servicios del plan, incluidos aquellos programas que nos pertenecen, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico del centro de cuidado para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: ● medicamentos para tratar los síntomas y el dolor ● cuidados de relevo de corto plazo ● cuidado en el hogar Cuando lo admiten a un centro de cuidado para pacientes terminales, tiene el derecho de permanecer en el plan. **Para servicios de centros de cuidado para pacientes terminales y servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B que estén relacionados con su pronóstico terminal y se facturen a Medicare:** ● Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor por sus servicios de cuidados para pacientes terminales y cualquier servicio de la Parte A o la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras usted esté en el programa de un centro de cuidado para pacientes terminales, su proveedor de servicios de cuidados para pacientes terminales facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare pague. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidados para pacientes terminales (continuación) **Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B:** ● Nuestro plan cubre servicios que no están cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B. Se cubrirán los servicios, ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. Usted no paga estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Part D de nuestro plan:** ● Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*. **Nota:** Si necesita atención que no está relacionada con los cuidados para pacientes terminales, llame a su coordinador de atención y/o a Servicios para Miembros para coordinar los servicios. Los cuidados que no son para pacientes terminales son cuidados que **no están** relacionados con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consultas en un centro de cuidado para pacientes terminales (por única vez) para un miembro enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidado para pacientes terminales. Para obtener más información sobre la cobertura de alojamiento y comida, consulte la Sección E3.	
	Inmunizaciones Se cubrirán los siguientes servicios: ● vacunas contra la neumonía ● vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si son médicamente necesarias ● vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce sus antecedentes de vacunación o tiene cualquier otra condición que le ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Inmunizaciones (continuación) ● Vacunas contra la COVID-19 ● otras vacunas si es persona de riesgo y las mismas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part B Se cubrirán otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Part D. Consulte el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.	
	Cuidado en hospital para pacientes internados Incluye hospitales de cuidado agudo para pacientes internados, de rehabilitación para pacientes internados, de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes internados. El cuidado en hospital para pacientes internados comienza el día que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de que le den el alta es su último día como paciente internado. Se cubrirán los siguientes servicios y también otros servicios médicamente necesarios que no se detallan aquí: ● habitación semiprivada (o habitación privada, si es médicamente necesaria) ● comidas, incluyendo las dietas especiales ● servicios regulares de enfermería ● costo de unidades de cuidado especial, como unidades de cuidado intensivo o cuidado coronario ● medicamentos y medicinas ● pruebas de laboratorio ● Rayos X y otros servicios de radiología ● suministros médicos y quirúrgicos necesarios **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 Debe obtener la aprobación del plan para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia sea estabilizada. *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado en hospital para pacientes internados (continuación) ● aparatos, como sillas de ruedas ● servicio de salas de operación y recuperación ● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ● servicios por abuso de sustancias para pacientes internados ● en algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y trasplante intestinal y multivisceral. 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 pueden estar fuera del área de servicios. 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. Si nuestro plan le proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de su comunidad y usted elige realizarse el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. ● sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre entera y el concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. ● servicios médicos **Nota:** Para que pueda ser internado como paciente, su proveedor debe escribir una orden de admisión formal como paciente internado del hospital. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un “paciente ambulatorio.” Si usted no está seguro de si es un paciente internado o paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. **La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado en hospital para pacientes internados (continuación) Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios Hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
	Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Se cubrirán los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización. Se aplica un límite de 190 días de por vida para servicios de internación por salud mental en un hospital psiquiátrico. 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. Si utilizó parte del beneficio de por vida de Medicare de 190 días antes de inscribirse en nuestro plan, solo tiene derecho a recibir el saldo de la cantidad de días de por vida.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*
	Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación no cubierta No pagamos por su estadía como paciente internado si usted ha usado todo su beneficio como paciente internado o si la estadía **no** es razonable y médicamente necesaria. Sin embargo, en algunos casos en los que **no** se cubre la atención para pacientes internados, puede que se cubran los servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí: ● servicios médicos ● pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Estadía en un hospital: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación sin cobertura (continuación) ● Rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y los servicios de los técnicos ● apósitos quirúrgicos ● férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones ● prótesis y aparatos ortopédicos que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que reemplazan todo o parte de: ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), **o** ○ la función de un órgano interno que no funcione o que tenga una disfunción. ● aparatos ortopédicos de pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y brazos, piernas 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	
	Servicios y suministros para enfermedades renales Se cubrirán los siguientes servicios: ● Servicios de educación sobre enfermedad renal para capacitarlo sobre la atención de enfermedades renales y para ayudarle a tomar 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 sobre enfermedad renal. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios y suministros para enfermedad renal (continuación) ● Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicios, como se explica en el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente. ● 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 controlar su tratamiento en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua. Medicare Part B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos de Medicare Part B” en esta tabla.	
	Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Nuestro plan cubrirá los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con estos requisitos: ● tiene entre 50 y 77 años, **y** ● tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, **y** ● ha fumado, al menos, un paquete por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) (continuación) Luego del primer examen de detección, nuestro plan cubrirá otro examen de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor decide realizar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida para pruebas de detección del cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	
	Comidas **para el Tratamiento de Enfermedades Posagudas** ● Para los miembros dados de alta de un centro hospitalario para pacientes internados, el plan proporcionará un máximo de 2 comidas por día durante 14 días, por un total de 28 comidas, sin costo adicional para usted. Los servicios deben solicitarse dentro de los 45 días posteriores al alta de su internación. Sujeto a disponibilidad, puede optar por recibir comidas congeladas frescas, comidas refrigeradas o batidos nutricionales. Puede optar por recibir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite de beneficio total.	$0
	Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón cuando lo remite su médico. Se cubrirán tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica a través de Medicare. Puede que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Terapia de nutrición médica (continuación) Pagamos dos horas de servicios de orientación personalizados por año después del primer año. Si su condición médica, 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 el pedido cada año si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario. Puede que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios.	
	Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del MDPP para personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a adquirir hábitos más saludables. Proporciona capacitación práctica en las siguientes áreas: ● cambio nutricional a largo plazo, **y** ● aumento de la actividad física, **y** ● formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0
	Medicamentos de Medicare Part B Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: ● 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 ● insulina (insulin) suministrada a través de un elemento de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina (insulin) médicamente necesaria) ● otros medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores), que fueron autorizados por el plan **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Medicamentos de Medicare Part B (continuación) ● el medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV). Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. ● los factores de coagulación que se autoadministran con inyecciones, si tiene hemofilia ● medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia de medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre ● medicamentos inyectables para trata 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 ● algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión apropiada ● ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si se trata de un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Medicamentos de Medicare Part B (continuación) ● medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas de la quimioterapia o se utilizan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas ● ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos o Medicare Part B ● medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar ● ciertos fármacos para la diálisis en el hogar que incluyen la heparina (heparin), el antídoto para la heparina (heparin) (cuando es médicamente necesario) y los anestésicos tópicos ● agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina (erythropoietin) por inyección si usted tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras condiciones (como Retacrit®) ● Inmunoglobulina (immune globulin) IV para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar. ● nutrición parenteral y enteral (IV y por sonda) El siguiente enlace redirige a una lista de medicamentos de Medicare Part B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: go.wellcare.com/SCStepTherapy. También cubrimos algunas vacunas por medio de Medicare Part B y la mayoría de las vacunas para adultos por medio de nuestro beneficio de medicamentos de Medicare Part D **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Medicamentos de Medicare Part B (continuación) En el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* se explica nuestro beneficio de medicamentos. Se explican las reglas que debe seguir para tener cubiertas las recetas. En el **Capítulo 6** de este Manual del Miembro se explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	
	Detección de obesidad y terapia para la pérdida de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, se cubrirán los servicios de orientación para ayudarle 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. Ciertos medicamentos para tratar la obesidad están cubiertos por Healthy Connections Medicaid para los miembros que cumplen con los criterios clínicos. Se requiere autorización previa.	$0
	Servicios del programa de tratamiento con opioides (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios: ● actividades de admisión ● evaluaciones periódicas ● medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, la administración y suministro de estos medicamentos ● asesoramiento por consumo de sustancias ● terapia individual y grupal **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios del programa de tratamiento con opioides (OTP) (continuación) ● pruebas de drogas o sustancias químicas en su cuerpo (pruebas toxicológicas)	
	Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Se cubrirán los siguientes servicios y también otros servicios médicamente necesarios que no se detallan aquí: ● Rayos X ● radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y los suministros para los técnicos ● suministros quirúrgicos, como apósitos ● férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones ● pruebas de laboratorio ● sangre, incluido su almacenamiento y administración ● pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), MRI, EKG y PET cuando su médico u otro proveedor de atención médica les ordena tratar una condición médica ● otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Observación de pacientes ambulatorios en el hospital Cubrimos los servicios de observación de pacientes ambulatorios en el hospital que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando son provistos por la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir a los pacientes u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para que se lo admita como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios Hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0 *Es posible que se requiera una remisión del médico.*
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 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, tales como los siguientes: ● Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios ● Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital ● Cuidado de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ella se requeriría un tratamiento para pacientes internados **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) ● Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital ● Suministros médicos, como férulas y yesos ● Algunos medicamentos y productos biológicos que usted no pueda administrarse	
	Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios Se cubren los servicios de salud mental que proporcionen los siguientes proveedores: ● un médico o psiquiatra con licencia estatal ● un psicólogo clínico ● Un trabajador social clínico (CSW) ● un especialista en enfermería clínica (CNS) ● un asesor profesional con licencia (LPC) ● un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) ● un profesional de enfermería (NP) ● un asistente médico (PA) ● cualquier otro profesional calificado de salud mental de Medicare, según lo permitido en las leyes estatales aplicables	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Se cubrirán los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 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 (CORF), entre otros.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios para tratar el trastorno por uso de sustancias para pacientes ambulatorios Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí: ● análisis del uso indebido de alcohol y asesoramiento ● tratamiento para el abuso de sustancias ● asesoramiento grupal o individual brindado por un médico clínico calificado ● desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones ● servicios en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios por consumo de alcohol y/o sustancias ● tratamiento con Naltrexona (Naltrexone) (Vivitrol) de liberación prolongada	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*
	Cirugía para pacientes ambulatorios Pagamos la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios. **Nota:** Si usted tiene una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para que se lo admita como paciente internado en el hospital, se lo considera un paciente ambulatorio. Aun si usted permanece en el hospital hasta el día siguiente, puede ser considerado un paciente ambulatorio.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*
	Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios La **hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o a través de un centro comunitario de salud mental, y es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional matriculado. Es una alternativa a la hospitalización. El **servicio intensivo para pacientes ambulatorios** es un programa estructurado de tratamiento activo mediante terapia de salud conductual (mental) que se presta como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, en un centro comunitario de salud mental, en un centro de salud habilitado federalmente o en una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que una hospitalización parcial.	
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico Se cubrirán los siguientes servicios: ● servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios prestados en los siguientes lugares: ○ consultorio de un **médico** ○ centro de cirugía ambulatoria certificado ○ departamento para pacientes ambulatorios de un hospital ○ cualquier otro lugar ● consulta, diagnóstico y tratamiento provistos por un especialista ● pruebas auditivas y exámenes del equilibrio básicos realizados por su especialista, si su médico los indica para saber si necesita tratamiento **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) ● Ciertos servicios de telesalud, incluyen Servicios Urgentemente Necesarios, Servicios de Atención de Salud a Domicilio, Médico de Atención Primaria, Terapia Ocupacional, Especialista, Sesiones Individuales y Grupales de Salud Mental, Servicios de Podología, Otro Profesional de Atención Médica, Sesiones Individuales y Grupales para Servicios de Psiquiatría, Servicios de Patología del Habla y Fisioterapia, Sesiones Individuales y Grupales Ambulatorias para Abuso de Sustancias y Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por medio de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrece el servicio a través de telesalud. ○ Una consulta virtual (también conocida como telesalud o telemedicina) es una consulta con un médico por teléfono o Internet mediante un teléfono inteligente, una tablet o una computadora. Para algunos tipos de consulta, es posible que necesite Internet y un dispositivo con cámara. ○ Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana con médicos certificados a través de proveedores de la red de consultas virtuales para ayudar a abordar una amplia variedad de inquietudes/preguntas de salud. Entre los servicios cubiertos, se incluye la medicina general, la salud conductual, la dermatología y más. Para obtener más información o para encontrar un proveedor de la red de visitas virtuales, llame a Servicios para Miembros. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) ● Algunos servicios de telesalud incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para miembros en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare ● servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que reciben diálisis en el hogar en un centro de diálisis de un hospital o de un hospital de acceso crítico, desde un centro de diálisis renal o desde el hogar del miembro ● servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular ● servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, sin importar su localización ● servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental ● servicios de telesalud para visitas de salud mental provistos por clínicas de salud rural y centros de salud habilitados federalmente. ● verificaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat por video) con su médico durante cinco a diez minutos **si** ○ usted no es un paciente nuevo **y** ○ el registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos siete días **y** **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) ○ el registro no conduce a una visita al consultorio en 24 horas o la cita más pronta disponible ● Evaluación de video y/o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: ○ usted no es un paciente nuevo **y** ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada en los últimos siete días **y** ○ la evaluación no implica una visita al consultorio en 24 horas o la cita más próxima disponible ● 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 una cirugía	
	Servicios de podología Se cubrirán los siguientes servicios: ● diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) ● cuidado de los pies rutinario para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa*. *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de podología (continuación) **Los servicios cubiertos adicionales incluyen los siguientes:** El cuidado de los pies (podología) complementario (no cubierto por Medicare), limitado a 12 visitas por año calendario. **Nota:** La cobertura para servicios de podología adicionales (no cubiertos por Medicare) es un beneficio adicional ofrecido por el plan. Ni Medicare ni Healthy Connections Medicaid pagará la parte que le corresponde a usted del costo de estos servicios.	
	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del HIV Si no tiene HIV, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer HIV, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: ● Medicación oral o inyectable para la PrEP aprobada por la FDA que incluye la tarifa por inyectarse el medicamento, si corresponde. ● Hasta ocho sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de HIV, la reducción del riesgo de HIV y el cumplimiento de los medicamentos) cada 12 meses. ● Hasta ocho exámenes de detección del HIV cada 12 meses. ● Un examen único de detección del virus de la hepatitis B.	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años en adelante, se cubrirán los siguientes servicios solo una vez cada 12 meses: ● examen de tacto rectal digital ● prueba de antígeno prostático específico (PSA)	$0
	Prótesis y aparatos ortopédicos y suministros relacionados Las prótesis reemplazan completamente o de manera parcial una parte del cuerpo o función. Esto incluye, entre otros, lo siguiente: ● pruebas, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y dispositivos ortopédicos ● bolsas para colostomía y suministros relacionados con la atención de colostomía ● marcapasos ● aparatos ortopédicos ● calzado protésico ● piernas y brazos artificiales ● prótesis mamarias (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía) Se pagarán algunos dispositivos relacionados con las prótesis y aparatos ortopédicos. También se cubren las reparaciones o los dispositivos de reemplazos de prótesis y aparatos ortopédicos. Ofrecemos cobertura luego de una cirugía o extracción de cataratas. Consulte “Cuidado de la visión” más adelante en esta tabla, para obtener más información.	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren los programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. Debe contar con una remisión del médico para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que traten la COPD.	$0 *Es posible que se requiera una remisión del médico.*
	Examen de detección de la infección por el virus de la hepatitis C. Cubrimos un examen de detección de la hepatitis C si su proveedor de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita uno y usted cumple con una de estas condiciones: • Está en alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Le realizaron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965, y no se considera de alto riesgo, pagaremos un examen de detección una vez. Si usted está en alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba negativa de detección de la hepatitis C), cubrimos exámenes de detección anuales.	$0
	Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento Pagaremos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y para determinadas personas que presentan un mayor riesgo de una STI. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento (continuación) También pagaremos hasta dos sesiones de orientación conductual de alta intensidad, en persona, por año, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de STI. 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.	
	Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) Para obtener una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada, consulte el **Capítulo 12.** Hasta 100 días por período de beneficios de internación y servicios de cuidado especializado en un SNF o centro alternativo son servicios cubiertos cuando dichos servicios cumplen con las pautas de cobertura del plan y de Medicare. No se requiere una internación previa en un hospital. Los 100 días por período de beneficios incluyen los días en un SNF cubiertos por el plan, Original Medicare o cualquier otra organización de Medicare Advantage durante el período de beneficios. Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí: ● una habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesaria ● comidas, incluyendo las dietas especiales ● servicios de enfermería especializada ● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.* *Es posible que se requiera una remisión del médico.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) ● 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 los SNF ● Pruebas de laboratorio realizadas por SNF ● Rayos X y otros servicios de radiología brindados por centros de enfermería ● uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados por centros de enfermería ● servicios de médicos/proveedores Usted obtendrá atención de SNF en centros de la red. En determinadas circunstancias, 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: ● un centro de enfermería o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted haya residido justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centro de enfermería) un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital	

Servicio Cubierto	Lo que paga
Cese del consumo de tabaco y dejar de fumar El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto de forma ambulatoria y hospitalaria para las personas que cumplen estos criterios: ● consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco ● son competentes y alertas durante el asesoramiento ● un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento Cubrimos dos intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año).	$0
Plataforma de Asistencia Social Nuestro plan proporciona una plataforma de asistencia social en línea para ayudar a apoyar su bienestar general. La plataforma ofrece actividades terapéuticas, participación en la comunidad y recursos patrocinados por el plan para ayudar a manejar el estrés y la ansiedad. La plataforma le facilita la participación y el seguimiento continuo para ayudarle a gestionar sus necesidades de salud conductual. Está disponible en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por lo que puede utilizarla siempre que lo desee. La plataforma de asistencia social incluye lo siguiente: ● Programas de bienestar a medida: acceda a los programas autoguiados personalizados de 4 semanas diseñados para mejorar el bienestar físico y emocional, incorporando información de expertos sobre el envejecimiento saludable para la asistencia específica a los miembros. Siga los programas a su propio ritmo y realice un seguimiento de su progreso para controlar las mejoras en su salud. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Plataforma de Asistencia Social (continuación) ● Apoyo de Expertos y Colegas: Conéctese con una comunidad en línea en un espacio moderado donde pueda interactuar con colegas y expertos en salud calificados. Obtenga acceso a artículos revisados clínicamente y reciba recomendaciones personalizadas para servicios adicionales de Wellcare en función de sus interacciones y necesidades identificadas. ● Herramientas de salud digital personalizadas: participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos basados en la terapia cognitiva conductual, la conciencia plena y la psicología positiva. Estas herramientas abordan temas como el envejecimiento saludable, el manejo del aislamiento, el cuidado, el dolor y la búsqueda de objetivos en el envejecimiento, entre otros. Los miembros pueden acceder a la plataforma iniciando sesión en su portal de miembros en go.wellcare.com/member, o llamando a Servicios para Miembros. Después de registrarse, puede acceder a la plataforma directamente en cualquier momento desde una computadora, tableta o teléfono inteligente.	
	Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas Si califica para Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI), nuestro plan ofrece beneficios adicionales. Debe cumplir con ciertos criterios, incluido tener un diagnóstico documentado y activo para una o más condiciones que califican. La condición debe ser potencialmente mortal o limitar significativamente su salud o función general. Además, debe tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud y requerir la coordinación de cuidados intensivos. Las afecciones crónicas que califican incluyen: **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (continuación) Trastornos autoinmunitarios; Cáncer; Trastornos cardiovasculares; Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD); Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; Enfermedad gastrointestinal crónica; Insuficiencia cardíaca crónica, Enfermedad renal crónica (CKD); Trastornos pulmonares crónicos; Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo; Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento; Condiciones con problemas funcionales; Demencia; Diabetes mellitus; Endometriosis; VIH/sida; Trastornos de inmunodeficiencia e inmunosupresión; Trastornos neurológicos; Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; Postrasplante de órganos; Trastornos hematológicos graves; Accidente cerebrovascular. Consulte el **Capítulo 4, Sección C,** para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad. La elegibilidad para los beneficios a continuación se determina después de que se inscriba en nuestro plan. **Si es elegible, puede utilizar su asignación de Wellcare Spendables® para los beneficios adicionales que se mencionan a continuación. La misma asignación se utiliza para su beneficio de venta libre (OTC) de Wellcare Spendables®. Una vez que se determine que son aptos, estos beneficios ampliados estarán disponibles en un plazo de 7 a 10 días laborables. Su asignación se acumula para el mes siguiente si no se utiliza y caduca al final del año del plan. Consulte el beneficio de Wellcare Spendables® en esta tabla para obtener más información.** **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (continuación) ● **Pago en la gasolinera** Puede utilizar su tarjeta para pagar la gasolina directamente en la gasolinera de las ubicaciones participantes. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja registradora. La tarjeta solo puede utilizarse para cargar gasolina hasta el monto de la asignación disponible. La carga de vehículos eléctricos (EV) también puede estar cubierta en las tiendas participantes en las que se acepte el pago con tarjeta. ● **Comida saludable** Puede usar su tarjeta para comprar alimentos y productos saludables en las tiendas participantes. Es posible que haya opciones de entrega para artículos de alimentación elegibles. Las comidas preparadas y las cajas con productos pueden estar disponibles para pedir a través del portal para miembros en línea. La tarjeta no se puede usar para comprar tabaco ni alcohol. Entre los artículos aprobados se incluyen los siguientes: ● Frutas y verduras ● Granos integrales y alimentos básicos para la despensa, como harina, especias e ingredientes no perecederos ● Productos lácteos y alternativas lácteas, leche, yogur, queso ● Fuentes de proteína, como carne roja, carne blanca, mariscos, huevos, frijoles, legumbres, frutos secos y semillas ● Batidos y barras nutricionales Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en tiendas, inicie sesión en el portal para miembros o consulte su catálogo. ● **Artículos de Cuidado Personal** Puede usar la tarjeta para comprar artículos de cuidado personal y artículos básicos para el hogar en las tiendas participantes. Es posible que haya opciones de entrega para artículos elegibles. Entre los artículos aprobados se incluyen los siguientes: ○ Jabón, champú y acondicionador ○ Papel higiénico y toallas de papel **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (continuación) ○ Artículos de higiene personal, como desodorante, jabón facial y gel de baño ○ Suministros y productos de limpieza que favorecen el control de infecciones, como toallitas desinfectantes y aerosoles de limpieza multiusos Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en tiendas o inicie sesión en el portal para miembros ● **Control de Plagas** Puede usar la tarjeta en las tiendas participantes para comprar artículos para el control de plagas a fin de usarlos dentro y alrededor de su hogar. Es posible que haya opciones de entrega para artículos elegibles. Los artículos aprobados para este beneficio incluyen lo siguiente: ○ Aerosoles y repelentes de insectos ○ Productos para el control de hormigas, cucarachas y roedores ○ Trampas para insectos y estaciones de cebo ○ Productos para el control de mosquitos Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en tiendas o inicie sesión en el portal para miembros. ● **Ayuda con el Alquiler** Usted puede usar su tarjeta para contribuir con el costo del alquiler para su hogar. Inicie sesión en el portal de su proveedor de alquiler/hipoteca para pagar o pague a su proveedor de alquiler directamente si se aceptan pagos con tarjeta. Su tarjeta solo se puede utilizar hasta el importe de la asignación disponible. La tarjeta no se puede utilizar para configurar pagos periódicos automáticos. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (continuación) ● **Mascota Acompañante Robótica** Puede solicitar una mascota acompañante robótica a través del portal para miembros. Las opciones disponibles pueden incluir un gato acompañante, un perro o un pájaro. Estas mascotas están diseñadas para proporcionar consuelo y compañía para apoyar el bienestar general. Su tarjeta solo se puede utilizar hasta el importe de la asignación disponible. Inicie sesión en su portal para miembros o comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo realizar un pedido y las opciones disponibles ● **Asistencia con los Servicios Públicos** Usted puede usar la asignación de su tarjeta para contribuir con el costo de los servicios públicos para su hogar. Inicie sesión directamente en el portal de proveedores de servicios públicos y pague con su tarjeta. La tarjeta no se puede utilizar para configurar pagos periódicos automáticos. Su tarjeta solo se puede utilizar hasta el importe de la asignación disponible. Los gastos aprobados para este beneficio incluyen lo siguiente: ○ Servicios de electricidad, gas, sanitarios/residuos y de agua ○ Servicio de telefonía fija y celular ○ Servicio de Internet ○ Servicio de TV por cable (no incluye servicios de streaming) ○ Determinados gastos derivados del petróleo, como el aceite para la calefacción del hogar El beneficio no cubre los servicios de entretenimiento en línea, incluidos los juegos y los servicios de streaming (como las plataformas de música y lectura), ni otros servicios basados en suscripciones.	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Terapia de ejercicios supervisada (SET) Cubriremos la SET para miembros con enfermedad de la arteria periférica (PAD) sintomática que tienen una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento. Nuestro plan paga lo siguiente: ● hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET ● 36 sesiones adicionales con el tiempo si se considera médicamente necesario por un proveedor de atención médica El programa de SET debe cumplir con las siguientes condiciones: ● debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) ● debe realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico ● debe ser realizada por personal calificado que asegure que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD ● debe estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA), profesional de enfermería (NP) o enfermero especialista en enfermería clínica (CNS) capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado	$0 *Es posible que se requiera una remisión del médico.*
	Servicios de transporte (rutina adicional) Transporte médico que no es de emergencia: Nuestro plan cubre 12 viajes de ida cada año en transporte terrestre que no sean para emergencias dentro de nuestra área de servicios. Este beneficio le ayuda a obtener la atención y los servicios necesarios. Puede obtener transporte para ir a lugares de atención médica como sus médicos, especialistas, farmacias y proveedores de servicios dentales o de la visión. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Servicios de transporte (rutina adicional) (continuación) Los traslados (o “viajes”) están limitados a 100 millas, de ida. Para reservar su traslado, llame al número de teléfono del transporte que aparece en el reverso de su tarjeta de ID de miembro o use una aplicación móvil. Para atención de rutina, llame con hasta 1 mes y, por lo menos, 3 días de anticipación. Los recorridos en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Los viajes incluyen taxis, automóviles de pasajeros, furgonetas para sillas de ruedas y servicios de transporte compartido (como Uber o Lyft) para satisfacer sus necesidades de salud. Para estar cubierto por el plan, usted debe usar el beneficio para ir a centros de salud. Los vehículos pueden transportar a varios ocupantes al mismo tiempo y pueden detenerse en otras ubicaciones distintas al destino del miembro durante el viaje. Asegúrese de mencionar cualquier necesidad adicional, como el uso de silla de ruedas, o preferencias, como la necesidad de tiempo adicional para llegar a su viaje al hacer la reserva.	
	Cuidado urgentemente necesario El cuidado urgentemente necesario es la atención proporcionada para tratar lo siguiente: ● un caso que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata; **o** ● una enfermedad imprevista, **o** ● una lesión, **o** ● una condición que necesita atención de inmediato. Si necesita cuidado urgentemente necesario, primero debe intentar obtenerla a través de un proveedor de la red. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 Copago de $115 por cuidado urgentemente necesario fuera de los Estados Unidos. Paga este monto incluso si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición. Usted está cubierto hasta por $50,000 cada año para servicios de atención de emergencia o urgentemente necesarios

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado urgentemente necesario (continuación) Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red debido a que, dadas su disponibilidad de tiempo, ubicación o circunstancias, no sea posible o resulte poco razonable recibir este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicios del plan y requiera servicios inmediatos por necesidad médica para tratar una condición imprevista, pero que no constituya una emergencia médica). Los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos están cubiertos.	recibidos fuera de los Estados Unidos.
	Cuidado de la visión Los servicios cubiertos incluyen: ● Servicios médicos a pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) por anteojos/lentes de contacto. ● En el caso de las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de glaucoma cada año. Las personas con un alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de 50 años e hispanoamericanos a partir de 65 años ● Para personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez al año. ● Un par de anteojos o de lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. Si usted tiene 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 *Es posible que se requiera autorización previa.*

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado de la visión (continuación) **Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios suplementarios de la visión (es decir, de rutina):** ● 1 examen ocular de rutina cada año. El examen ocular de rutina incluye una prueba de glaucoma para personas en riesgo de desarrollar glaucoma y un examen de retina para diabéticos. ● Ajuste de gafas Limitadas a 1 visita cada año. La visita para el ajuste de anteojos no es un examen ocular de rutina. Los servicios incluyen el ajuste de anteojos (lentes de contacto, marcos/ lentes de anteojos). ● Gafas Pares ilimitados de anteojos recetados cada año hasta un beneficio máximo de $300 cada año. Los anteojos cubiertos incluyen cualquiera de los siguientes: ● Anteojos (marcos y lentes) o ● Lentes de anteojos únicamente o ● Marcos de anteojos únicamente o ● Lentes de contacto en lugar de anteojos o ● Actualizaciones de accesorios para la vista **Nota:** El plan cubre el cargo por la adaptación de los lentes de contacto. El monto máximo de cobertura de beneficios del plan de $300 cada año se aplica al costo de venta minorista de marcos y/o lentes (que incluye cualquier opción de lentes, como tonalidades y revestimientos). Usted es responsable de cualquier costo que exceda el beneficio máximo por anteojos suplementarios (es decir, de rutina). Los anteojos cubiertos por Medicare no están incluidos en el beneficio máximo suplementario (es decir, de rutina). Los miembros no pueden usar su beneficio suplementario para anteojos para aumentar su cobertura en anteojos cubiertos por Medicare. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Cuidado de la visión (continuación) **Nota:** La cobertura de consultas oftalmológicas de rutina es un beneficio complementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni Healthy Connections Medicaid pagará la parte que le corresponde a usted del costo de estos servicios. Los servicios de la vista deben obtenerse a través de la red de la vista del plan. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o para obtener más información, llame a Servicios para Miembros. Healthy Connections Medicaid cubre un examen ocular y un par completo de anteojos (marcos y lentes) una vez cada 12 meses para miembros menores de 21 años.	
	Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" Cubrimos una visita preventiva "Bienvenido a Medicare" por única vez. La visita incluye lo siguiente: ● una revisión de su salud, ● educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección (o vacunas)), **y** ● remisiones para otro tipo de atención, en caso de que la necesite. **Nota:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo durante los primeros 12 meses en los que tiene Medicare Part B. Cuando pida una consulta, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	$0

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Wellcare Spendables® Usted recibirá un total de **$218 mensuales** precargados en su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos OTC y, si es elegible, SSBCI. ● Su asignación mensual **se acumula al mes siguiente si no se utiliza y caduca al final del año del plan**. **Su tarjeta de crédito se puede utilizar para lo siguiente:** **Artículos de venta libre (OTC):** Puede utilizar su tarjeta para comprar artículos de venta libre (OTC) en las tiendas participantes minoristas, a través de una aplicación móvil o puede iniciar sesión en su portal para miembros para realizar un pedido de entrega a domicilio. Los artículos de OTC cubiertos incluyen los siguientes: ● Productos para la alergia, el resfriado, la tos, la gripe y los senos paranasales ● Productos para aliviar el dolor, la salud digestiva y ayudar a dormir ● Vitaminas y suplementos ● Suministros de primeros auxilios y suministros médicos sin receta ● Artículos generales para el cuidado bucal, ocular y de los oídos ● Suministros para la incontinencia, productos para la salud femenina y ayudas para las actividades de la vida cotidiana Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en tiendas, o inicie sesión en el portal para miembros. **Nota:** Bajo ciertas circunstancias, el equipo de diagnóstico y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos bajo los beneficios médicos del plan. Debe (siempre que sea posible) usar los beneficios médicos de nuestro plan antes de gastar su cantidad asignada de OTC en estos artículos. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Wellcare Spendables® (continuación) **<u>Si cumple los requisitos, la asignación mensual de su tarjeta también se puede utilizar para:</u>** ● Pago en la gasolinera ● Comida saludable ● Artículos de Cuidado Personal ● Artículos de control de plagas ● Ayuda con el Alquiler ● Mascota Acompañante Robótica ● Asistencia con los Servicios Públicos Consulte Beneficios Complementarios Especiales para las Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios. **<u>Cómo utilizar la tarjeta:</u>** 1. Active su tarjeta antes de utilizarla. 2. Visite una tienda minorista participante, inicie sesión en el enlace del portal que se indica a continuación o descargue la aplicación móvil de Wellcare Spendables®. 3. Seleccione los artículos o servicios aprobados. 4. En la tienda, diríjase a la caja y pague con su tarjeta Wellcare Spendables®. Para pedidos en línea o en aplicaciones móviles, inicie sesión para acceder y utilizar su beneficio. 5. Su tarjeta no es una tarjeta de crédito, pero puede ser ingresada como “crédito” para el pago. Si se le solicita, ingrese el PIN que creó cuando activó su tarjeta. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio Cubierto		Lo que paga
	Wellcare Spendables® (continuación) **Información adicional que debe conocer:** ● Una vez que haya utilizado su asignación de gastos, será responsable del costo restante de sus compras. ● Los artículos adquiridos en la tienda se pueden devolver siguiendo las políticas de devolución y cambio de los minoristas. ● Si su tarjeta no funciona correctamente o si tiene algún problema técnico, comuníquese con nosotros mediante el número que aparece a continuación. ● Wellcare no se hace responsable de las tarjetas perdidas o robadas. ● La tarjeta Wellcare Spendables® es solo para uso personal, no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo. ● Algunos beneficios pueden ser elegibles para el reembolso si el pago no se realiza correctamente. Comuníquese con nosotros o envíe una solicitud de reembolso a través del portal para miembros para su revisión. Las solicitudes de reembolso deben presentarse durante el año del plan en el que se adquirió el artículo o servicio. Es posible que se requiera información adicional para verificar que las compras califican. ● Pueden aplicarse limitaciones y restricciones, solo se cubren los artículos aprobados. **Para obtener más información sobre la tarjeta Wellcare Spendables® o para solicitar un catálogo, llame al** 1-833-998-5063; los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es el siguiente: de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. **También puede visitar el sitio web en:** go.wellcare.com/member.	

Beneficios de valor agregado de Medicaid (beneficios adicionales)		Lo que paga
	Ofrecemos beneficios adicionales, como: ● Evaluación de Desarrollo Educativo General (GED): Puede obtener vales para realizar el examen GED. ● Asistencia de vivienda: Puede obtener los servicios de un Coordinador de Asistencia para la Vivienda y un Kit de Bienvenida. ● Comidas para el posparto: Hasta 14 comidas para el posparto entregadas en el hogar después del parto de su hijo. ● Recompensas de embarazo: Usted puede conseguir un asiento para automóvil, un cochecito o un corral de juegos portátil después de completar seis visitas prenatales. Límite de un artículo por embarazo Es posible que se apliquen límites de beneficios y reglas de elegibilidad. Estos beneficios adicionales son ofrecidos por Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) y son independientes de los beneficios del programa estándar Healthy Connections Medicaid. Los beneficios pueden cambiar o terminarse en cualquier momento. Comuníquese con Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página para obtener la información más actualizada sobre los beneficios de valor agregado de Medicaid.	$0

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Healthy Connections Medicaid.

- Servicios de Exención de Atención a Largo Plazo Comunitarios
- Servicios de Exención para HIV/sida
- Servicios de Exención para Personas que Necesitan Ventilación Mecánica

- Atención Institucional a Largo Plazo
- Servicios en Centro de Enfermería
- Administración de casos específicos

E1. 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. Comuníquese con su coordinador de atención para obtener más información.

E2. Transporte médico que no es de emergencia

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

- Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de atención o consulte el folleto para miembros que se encuentra en el sitio web de ModivCare, que es el agente de transporte: www.mymodivcare.com/wp-content/uploads/2025/06/South-Carolina-Modivcare-Facility-Brochure.pdf. Si tiene más preguntas, póngase en contacto con ModivCare por medio de la información de contacto para su región del folleto para miembros.

E3. Alojamiento y Comidas en un Centro de Cuidado para Pacientes Terminales

Los servicios de Alojamiento y Comidas en un Centro de Cuidado para Pacientes Terminales se “deducen” de Healthy Connections Medicaid Managed Care, lo que significa que el proveedor del centro de cuidado para pacientes terminales facturará a Medicaid directamente sobre una base de pago por servicio. El alojamiento y las comidas para los miembros de un centro de cuidado para pacientes terminales que residen en un centro de enfermería deben ser facturados por el centro de enfermería (no el proveedor del centro de cuidado para pacientes terminales) a Healthy Connections Medicaid.

E4. Servicios de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

Los miembros que cumplen con el Nivel de Cuidado de un Centro de Convalecencia, pero que pueden permanecer seguros en el hogar con asistencia, pueden participar en uno de los tres

programas de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad (Community Choices, HIV/AIDS, Personas que Necesitan Ventilación Mecánica). Estos servicios se “deducen” de la Atención Administrada de Healthy Connections, lo que significa que el proveedor de HCBS facturará a Medicaid directamente sobre una base de pago por servicio.

Para inscribirse en el programa de HCBS de Healthy Connections, se requiere una remisión del médico al Ingreso centralizado.

Ingreso Centralizado del DHHS/CLTC: 888-971-1637

Para remisiones del médico electrónicas: phoenix.scdhhs.gov/cltc_referrals/new

Bajo el programa de HCBS de Healthy Connections Medicaid, los siguientes servicios se cubren conforme a cada exención de HCBS:

Exención de Community Choices

- Administración de casos
- Cuidado personal I/II
- Cuidado de un asistente
- Atención de acompañamiento
- Comidas a Domicilio
- Suplementos Nutricionales
- Cuidado de la salud diurno para adultos
- Transporte para Cuidado de la Salud Diurno para Adultos
- Servicios de Enfermería para Cuidado de la Salud Diurno para Adultos
- Cuidados de Relevo
- Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias
- Telecontrol
- Control de Plagas
- Adaptaciones de Accesibilidad en el Hogar
- Cuidado Personal Residencial II
- Equipos y Suministros Médicos Especializados

Exención para HIV/AIDS

- Administración de casos
- Cuidado personal I/II
- Cuidado de un asistente
- Acompañante
- Comidas a Domicilio
- Suplementos Nutricionales
- Control de Plagas
- Servicios de Enfermería Privada
- Adaptaciones de Accesibilidad en el Hogar
- Equipos y Suministros Médicos Especializados

Exención para Personas que Necesitan Ventilación Mecánica

- Administración de casos
- Cuidado personal I/II
- Cuidado de un asistente
- Servicios de Enfermería Privada
- Equipos y Suministros Médicos Especializados
- Cuidados de Relevo
- Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias
- Adaptaciones de Accesibilidad en el Hogar
- Control de Plagas
- Comidas a Domicilio
- Suplementos Nutricionales

E5. Atención en un centro de enfermería

Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en un hospital.

Los servicios del Centro de Enfermería se “deducen” de Healthy Connections Medicaid Managed Care, lo que significa que el proveedor del Centro de Enfermería facturará a Medicaid directamente sobre una base de pago por servicio.

Los servicios del Centro de Enfermería para los miembros que residen en un centro de enfermería deben ser facturados por el centro a Healthy Connections Medicaid.

Los servicios que pagaremos incluyen, entre otros, los siguientes:

- habitación semiprivada (o habitación privada, si es médicamente necesaria)
- comidas, incluyendo las dietas especiales
- servicios de enfermería
- fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- terapia respiratoria
- medicamentos que se le administran como parte de su plan de cuidado (incluyendo las sustancias naturalmente presentes en el cuerpo, como factores coagulantes de la sangre)
- sangre, incluido su almacenamiento y administración
- suministros médicos y quirúrgicos administrados generalmente en centros de enfermería
- pruebas de laboratorio realizadas generalmente en centros de enfermería
- Rayos X y otros servicios de radiología brindados generalmente en centros de enfermería
- uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados generalmente por centros de enfermería
- servicios de médicos y profesionales
- equipo médico duradero
- servicios dentales, incluidas las prótesis dentales
- beneficios de la vista
- exámenes de audición
- atención quiropráctica

- servicios de podología

Puede obtener atención en los siguientes lugares si estos aceptan la tarifa de pago por servicio como forma de pago:

- un centro de enfermería o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted haya residido justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centro de enfermería)
- un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento de dejar el hospital

F. Beneficios que no están cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Healthy Connections Medicaid

En esta sección se detallan los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos estos beneficios. Ni Medicare ni Healthy Connections Medicaid pagan por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ninguna circunstancia y algunos que excluimos solo en determinados casos.

No pagaremos los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del Miembro*), salvo bajo las condiciones específicas mencionadas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted cree que nuestro plan debería pagar un servicio sin cobertura, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, según los estándares de Medicare y Healthy Connections Medicaid, a menos que los mencionemos como servicios cubiertos
- tratamientos médicos experimentales y quirúrgicos, artículos y medicamentos, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* 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.

- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- servicios de enfermeros privados
- artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo
- las tarifas que le cobran sus parientes cercanos o miembros de su hogar
- procedimientos o servicios electivos o voluntarios para mejorar (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario
- cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, se cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para lograr la simetría
- los servicios de podología de rutina están cubiertos
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de una pierna ortopédica y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico o si el calzado es para una persona con pie diabético
- dispositivos de apoyo para los pies, excepto zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con pie diabético
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la vista deficiente
- inversión de los procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta
- servicios de naturópatas (uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios prestados a los veteranos en los centros de Asuntos de los Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano obtiene servicios de emergencia en un hospital del VA y la distribución de costos del VA supera la distribución de costos conforme a nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted debe pagar lo que le corresponde de la distribución de costos.

Capítulo 5: Obtención de medicamentos para pacientes ambulatorios

Introducción

En este capítulo se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le pide que obtenga en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Part D y Healthy Connections Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque estos no se detallan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part A.** Por lo general, se trata de medicamentos que le administran mientras está internado en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part 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 Part B están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- Además de la cobertura de Medicare Part D y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted está recibiendo cuidados para pacientes terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**, **Sección F3** “Si está en un programa de un centro para pacientes terminales certificado por Medicare.”

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

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

Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que expide recetas) que le emita una receta que debe ser válida según la ley estatal vigente. Esta persona a menudo es su proveedor de atención primaria (PCP).

El profesional que expide recetas **no** debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.

En general, debe surtir su receta médica en una farmacia de la red (Consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

El medicamento recetado debe figurar en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos "*Lista de Medicamentos*" para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de Medicamentos*, podríamos cubrirlo ofreciéndole una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso de medicamentos debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas. El profesional que expide recetas puede ayudarle a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento con receta.

Su medicamento puede requerir la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de cubrirlo. (Consulte la **Sección C** en este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas 134
A1. Surtido de la receta médica en una farmacia de la red 134
A2. Uso de su Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro cuando surte una receta médica 134
A3. Qué debe hacer si cambia su farmacia de la red 134
A4. ¿Qué hacer si su farmacia abandona la red? 135
A5. Uso de una farmacia especializada 135
A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos 135
A7. Obtención de suministros de medicamentos a largo plazo 138
A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red de nuestro plan 138
A9. Reembolso en caso de que usted pague una receta 140
B. Lista de Medicamentos de nuestro plan 140
B1. Medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos 140
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos 141

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos 142
B4. Niveles de distribución de costos de la Lista de Medicamentos 143
C. Límites de algunos medicamentos 144
D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto 146
D1. Obtención de un suministro temporal..... 146
D2. Cómo solicitar un suministro temporal 147
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos..... 148
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales..... 151
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por nuestro plan..... 151
F2. En un centro de cuidado a largo plazo 151
F3. En un programa de un centro para pacientes terminales certificado por Medicare 151
G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos 152
G1. Programas para ayudarle a utilizar los medicamentos en forma segura..... 152
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos..... 153
G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides..... 154

A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Surtido de la receta médica en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir las recetas de los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubriremos recetas dispensadas por farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

A2. Uso de su Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro cuando surte una receta médica

Para surtir una receta médica, **muestre su tarjeta de ID de Miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura a nosotros los medicamentos cubiertos.

Si no tiene su Tarjeta de ID de Miembro cuando surte su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no logra obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento en el momento de recogerlo. Puede solicitar que le hagamos un reembolso. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudarle.

- Para solicitarnos que le reembolsemos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta médica, puede llamar a Servicios para Miembros o a su coordinador de atención.

A3. Qué debe hacer si cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta médica, puede solicitar que un proveedor le escriba una nueva *o* que su farmacia transfiera la receta médica a la farmacia nueva si le queda resurtido.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

A4. ¿Qué hacer si su farmacia abandona la red?

Si su farmacia deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visite nuestro sitio web, o comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

A5. Uso de una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería.
    - Generalmente, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente en un centro de cuidado a largo plazo, nos aseguraremos de que obtenga los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
    - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no pertenece a nuestra red o tiene problemas para obtener sus medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, llame a Servicios para Miembros.
- 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 dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares o que exigen requisitos especiales de manipulación, coordinación de proveedores, o educación de los pacientes respecto a su uso. (Nota: Estas situaciones se presentan en raras ocasiones). Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visite nuestro sitio web, o comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

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

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de la compra por correo son medicamentos que usted toma regularmente para tratar una condición médica o a largo plazo.

Los medicamentos que **no** están disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados con “NM” en nuestra *Lista de Medicamentos*.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir al menos un suministro de 35 días del medicamento y no más de un suministro de 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas médicas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx. Si usted utiliza una farmacia de pedidos por correo que no pertenece a la red del plan, su receta no estará cubierta.

En general, obtendrá una receta de compra por correo en un plazo de 14 días. Sin embargo, a veces sus recetas del pedido por correo pueden retrasarse. Solicite a su médico dos recetas de medicamentos para tratamientos a largo plazo que usted necesite de inmediato: una para un suministro de 30 días que se pueda abastecer en una farmacia de venta minorista participante, y otra para el suministro a largo plazo (de 35 a 100 días) para abastecer a través del correo. Si usted tiene algún problema para obtener un suministro de 30 días en una farmacia de venta minorista participante cuando el servicio de pedidos por correo de los medicamentos con receta se demora, por favor solicite a la farmacia de venta minorista que llame a nuestro Centro de Servicio a Proveedores al 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir asistencia. Los miembros pueden llamar a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

Procesos de pedido por correo

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

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

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

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

   La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin confirmarlo antes con usted, si:

   - Usted utilizó servicios de envío por correo con nuestro plan en el pasado, **o**

- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento si se comunica con Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de los pedidos por correo y/o decide cancelar el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba nuevas recetas de un proveedor de atención médica para saber si usted desea que la medicación sea enviada inmediatamente.

- Esto le dará la posibilidad de asegurarse de que la farmacia le entrega el medicamento correcto (que incluye la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, permite detener o demorar el pedido antes de que se lo envíen.
- Es importante que responda siempre que se comuniquen con usted desde la farmacia, para indicarles qué tienen que hacer con la receta médica nueva y, así, prevenir demoras en el envío.

Para darse de baja del servicio de envío automático de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención de salud, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

3. Resurtido de recetas mediante el servicio de pedidos por correo

Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en el programa de resurtido automático. Este programa nos permite comenzar a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que su suministro del medicamento está por acabarse.

- La farmacia se comunicará con usted para asegurarse de que efectivamente necesite más medicamentos. Usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene un suministro suficiente o si ha cambiado de medicamento.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 21 días antes de quedarse sin medicamentos a fin de asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Para optar por no utilizar el programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

Informe a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted para que puedan contactarlo y confirmar su pedido antes del envío. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O inicie sesión en express-scripts.com/rx.

A7. Obtención de suministros 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 los que usted toma de forma regular, para tratar condiciones médicas crónicas o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, se indica qué farmacias pueden ofrecerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a su coordinador de atención *o* a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red de nuestro 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 de nuestra área de servicios en las cuales usted puede obtener recetas médicas como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte con su coordinador de atención o Servicios para Miembros para saber si hay una farmacia de la red cercana.

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

Viajes: cómo obtener cobertura cuando está de viaje o lejos del área de servicios del plan.

- Si usted toma un medicamento recetado de forma regular y va a viajar, asegúrese de tener una cantidad suficiente antes de iniciar el viaje. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que necesitará. Posiblemente pueda pedir sus medicamentos recetados con anticipación a través de nuestro servicio de farmacia de pedido por correo.
- Si usted va a viajar dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, pierde o se le terminan sus medicamentos recetados, cubriremos el costo de recetas

abastecidas por una farmacia fuera de la red. En esta situación, tendrá que pagar el costo total cuando dispense su receta. Luego puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo presentando un formulario de reembolso. Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta dispensada por una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobra por su receta. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte el **Capítulo 7**: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos.

- También puede llamar a Servicios para Miembros para saber si hay alguna farmacia de la red en el área por la que usted está viajando.
- No podemos pagar ningún medicamento recetado que sea abastecido por farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, ni siquiera en casos de emergencia médica.

Emergencia Médica: ¿Qué ocurre si necesito una receta debido a una emergencia médica o porque necesité atención de urgencia?

- Cubriremos los medicamentos recetados abastecidos en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención recibida durante una emergencia médica o atención de urgencia. En esta situación, tendrá que pagar el costo total cuando dispense su receta. Luego puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo presentando un formulario de reembolso. Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta dispensada por una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobra por su receta. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte el **Capítulo 7**: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos.

Situaciones adicionales: en otras ocasiones, puede obtener sus recetas cubiertas si va a una farmacia fuera de la red.

- Cubriremos sus recetas en una farmacia fuera de la red si ocurre al menos uno de los siguientes casos:
- Si usted no puede obtener a tiempo un medicamento cubierto dentro de nuestra área de servicios debido a que no existen farmacias de la red, dentro de una distancia de conducción razonable, que atienda durante las 24 horas.
- Si está tratando de obtener un medicamento recetado que no está disponible en forma regular en una farmacia de venta minorista de la red o en una farmacia de pedidos por correo accesible (incluidos medicamentos de alto costo o únicos).

- Si usted está adquiriendo una vacuna que es médicamente necesaria pero que no está cubierta por Medicare Part B y que se le administra en el consultorio de su médico.
- Si obtiene un medicamento recetado cubierto de una farmacia institucional mientras es paciente en una clínica de cirugía para pacientes ambulatorios, u otro entorno para pacientes ambulatorios.

Para todas las situaciones enumeradas anteriormente, usted puede recibir un suministro de medicamentos recetados de hasta 30 días. Además, probablemente tenga que pagar el cargo de la farmacia fuera de la red por el medicamento y presentar documentación para recibir el reembolso de nuestro plan. Asegúrese de incluir una explicación de por qué usted utilizó una farmacia fuera de nuestra red.

Esto ayudará a procesar su solicitud de reembolso. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte el **Capítulo 7**: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos.

A9. Reembolso en caso de que usted pague una receta

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. Es posible que deba pagar la diferencia entre el precio que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Para obtener más información al respecto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

B. *Lista de Medicamentos* de nuestro plan

Tenemos una *Lista de Medicamentos Cubiertos.* La denominamos “*Lista de Medicamentos*” para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* también le informa las reglas que debe cumplir para poder obtener los medicamentos.

Por lo general, 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 nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra *Lista de Medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Part D y algunos medicamentos y productos con receta y de venta libre (OTC) que están cubiertos por Healthy Connections Medicaid.

La *Lista de Medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

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

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

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

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos OTC. Algunos medicamentos OTC cuestan menos que otros medicamentos y tienen la misma eficacia. Si quiere obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

- Visite el sitio web de nuestro plan en go.wellcare.com/ATC La *Lista de Medicamentos* de nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de Medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Use nuestra “Real Time Benefit Tool (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real)” en go.wellcare.com/ATC para buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* a fin de obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de Medicamentos* que podrían tratar la misma condición. También puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros.

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

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no se encuentran en la *Lista de Medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos.* Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no pagará los medicamentos que se encuentren en esta sección, excepto ciertos medicamentos cubiertos bajo nuestra cobertura mejorada de medicamentos. Estos se denominan medicamentos excluidos. Si obtiene una receta para un medicamento excluido que no está cubierto por nuestro plan, deberá pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido para su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de Medicare Part D y Healthy Connections Medicaid) no puede pagar un medicamento que Medicare Part A o Medicare Part B ya cubre. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por la Medicare Part A o Medicare Part B de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El consumo del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias médicas como un tratamiento para su condición. El médico o algún otro proveedor puede recetar un medicamento determinado para tratar su condición médica, 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.

Además, por ley, Medicare no puede cubrir los tipos de medicamentos enumerados a continuación, pero puede ser elegible para la cobertura bajo su beneficio de medicamentos de 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
- Vitaminas y productos minerales con receta, a excepción de las vitaminas prenatales y los preparados con fluoruro (fluoride)
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, y la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que usted debe realizarse pruebas o servicios que solo ellos ofrecen

B4. Niveles de distribución de costos de la *Lista de Medicamentos*

Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* pertenece a uno de seis niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos u OTC). En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento.

- El nivel 1 (Medicamento Genérico) incluye los medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca. El copago es de $0.
- El nivel 2 (Medicamentos de Marca Preferidos) incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos. El copago es de $0.
- El nivel 3 (Medicamentos No Preferidos) incluye los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos. El copago es de $0.
- El nivel 4 (Medicamentos Inyectables) incluye medicamentos seleccionados que se administran por inyección o se utilizan para prevenir enfermedades (vacunas). El copago es de $0.
- El nivel 5 (Medicamentos de Nivel Especializado) incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones para el pago en un nivel inferior. El copago es de $0.
- El nivel 6 (Medicamentos de Cuidado Seleccionados) incluye algunos medicamentos genéricos y/o de marca que se utilizan para tratar condiciones específicas. El copago es de $0.

Para saber en qué nivel de distribución de costos está su medicamento, búsquelo en la *Lista de Medicamentos*.

En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro,* se informa el monto que debe pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, 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 condición médica y que sea seguro y eficaz.
Siempre que haya un medicamento seguro y de costo más bajo que tenga la misma eficacia que un medicamento de costo más alto, esperamos que su proveedor le recete el de costo más bajo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de Medicamentos.* Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor, y se pueden aplicar diferentes restricciones a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una por día frente a dos por día; tableta frente a líquido).

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 posible que su proveedor tenga que indicarnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, solicítenos utilizar el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos estar de acuerdo o no con que utilice el medicamento sin seguir los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

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

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

- Normalmente, no pagaremos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos dijo la razón médica por la que el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no funcionará para usted **o** escribió "No substitutions" (No sustituir) en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original, *o* nos dijo la razón médica por la que ni el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición funcionarán para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que expide recetas deben conseguir la aprobación de nuestro plan antes de surtir una receta médica. Esto se denomina autorización previa. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web al go.wellcare.com/enhanced-select-pa para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos 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 condición médica, y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, podemos solicitarle 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. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web en go.wellcare.com/enhanced-select-st para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede adquirir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día para un determinado medicamento, podemos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta.

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o que quiere tomar, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más actualizada,

llame a Servicios para Miembros o visite el sitio web en go.wellcare.com/ATC. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro.*

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:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*. Podemos cubrir la versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere tomar. Es posible que un medicamento sea nuevo, y que todavía no hayamos revisado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites en su cobertura. Como se explica en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que expide recetas pueden solicitar una excepción a la regla.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea.

D1. Obtención de un suministro temporal

En algunos casos, podemos brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en nuestra *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 solicitar la cobertura del medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
   - ya no está en nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
   - nunca estuvo en nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
   - ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe encontrarse en una de las situaciones que se describen a continuación:
   - Usted estaba en nuestro plan el año pasado.

- Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
- Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
- Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y para hasta 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 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 90 días a partir de su membresía en nuestro plan.**
  - Este suministro temporal será un suministro de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
  - Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días del medicamento en una farmacia de venta minorista y para hasta 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 en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Ha permanecido en nuestro plan durante más de **90** días, reside en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro para **31** días, o menos si en su receta se establecen menos días. Esto es adicional al caso anterior de suministro temporal.
  - Si su nivel de cuidado cambia (como trasladarse a o desde un centro de cuidado a largo plazo u hospital), cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en total.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando su suministro se acabe. A continuación, se indican las opciones disponibles:

- Cambio a otro medicamento.

  Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente con la misma eficacia. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

  O

- Solicitar una excepción.

  Usted y su proveedor pueden solicitarnos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si el proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarle con la solicitud.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

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

- Decidir solicitar o no una autorización previa para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (debe probar un medicamento antes de cubrir otro medicamento).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de Medicamentos* del plan. Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

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

- surge un nuevo medicamento más económico en el mercado que actúa con la misma eficacia que el medicamento que se encuentra actualmente en nuestra *Lista de Medicamentos,* **o**
- nos enteramos de que el medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento se retira del mercado.

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

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

- Consulte nuestra Lista de Medicamentos actual en línea en go.wellcare.com/druglist-16. o Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página para consultar nuestra *Lista de Medicamentos* actual.

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

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

- Aparece un medicamento genérico nuevo. Algunas veces, surge un nuevo medicamento genérico o biosimilar en el mercado que actúa con la misma eficacia que un medicamento de marca o un producto biológico original que se encuentra en la *Lista de Medicamentos* actualmente. 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.

  Cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, también podemos decidir 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 una notificación con los pasos que puede seguir para solicitar una

excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que se quitaron del mercado. A veces, un medicamento se puede considerar inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de nuestra *Lista de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos una notificación después de que hagamos el cambio. Hable con su médico u otro profesional que expide recetas para que decidan si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar.

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

- La FDA proporciona nueva orientación o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
- 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 otro profesional que expide recetas. Pueden ayudarle a decidir:

- Si existe un medicamento similar en nuestra *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar **o**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

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

Es posible que realicemos cambios en los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y que no le afecten ahora. 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 cualquiera de estos cambios ocurre para un medicamento que usted está tomando, (excepto los cambios que se describen en las secciones anteriores), dicho cambio no afectará su uso del medicamento hasta el 1 de enero del año siguiente.

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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por nuestro 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 durante la internación. No pagará un copago. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

F2. En un centro de cuidado a largo plazo

Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo, como los centros de enfermería, tienen su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos los residentes. Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo pertenece a nuestra red, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. Si no es así o si necesita más información, llame a Servicios para Miembros.

F3. En un programa de un centro para pacientes terminales certificado por Medicare

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

- Puede estar inscrito en un centro de cuidado para pacientes terminales de Medicare y requerir ciertos medicamentos (por ejemplo, para el dolor, las náuseas, la ansiedad, laxantes) que su centro de cuidado para pacientes terminales no cubre porque no está relacionado con su pronóstico terminal ni sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide recetas o de su proveedor de

cuidados para pacientes terminales de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.

- Para evitar demoras a la hora de recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, usted puede pedirle al proveedor de su centro de cuidado para pacientes terminales o al profesional que expide recetas 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 se va del centro de cuidado para pacientes terminales, el plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio en un centro de cuidado para pacientes 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 explican los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre el beneficio del centro de cuidado para pacientes terminales.

G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a utilizar los medicamentos en forma segura

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

- podrían no ser necesarios, debido a que usted toma otro medicamento similar que hace lo mismo
- podrían no ser seguros para su edad o sexo
- podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- puede ser un error en la cantidad (dosis)
- incluyen una cantidad no segura de medicamentos opioides para el dolor

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

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En dichos casos, es posible que sea elegible para recibir servicios sin costo a través de un programa de manejo de terapia de medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos estén actuando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta o de venta libre

Luego, le darán lo siguiente:

- 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.
- Una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos que requieren receta médica y que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con el profesional que expide recetas sobre su plan de acción y la lista de medicamentos.

- Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a la consulta 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 MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. 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 para Miembros o con su coordinador de atención.

G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides recetados y otros medicamentos de uso frecuente. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que expiden recetas o farmacias o si recientemente sufrió una sobredosis de opioides, podemos hablar con los profesionales que expiden recetas para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si decidimos, en conjunto con el profesional que expide recetas, que la manera en la que toma las benzodiacepinas o los opioides recetados no es segura, podemos limitar la forma en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestra DMP, las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinadas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinados profesionales que expiden recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepina que cubriremos para usted

Si planificamos limitar cómo obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específico.

También tendrá la oportunidad de indicarnos qué profesional que expide recetas o farmacia prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el profesional que expide recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión

Independiente (IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).

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

- si usted tiene determinadas condiciones médicas, como cáncer o anemia falciforme,
- si recibe cuidados para pacientes terminales, atención paliativa o atención para el final de la vida, **o**
- si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos de Medicare y Healthy Connections Medicaid

Introducción

En este capítulo, se indica lo que usted paga por los medicamentos para pacientes ambulatorios. Al hablar de “medicamentos,” nos referimos a lo siguiente:

- Medicamentos de Medicare Part D, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Healthy Connections Medicaid, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por nuestro 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 de Medicare Part D.

> **Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de Medicare Part D, como primas, deducibles y copagos. Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos,” o “LIS.”

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo de esta

Manual del Miembro.

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
  - Esta se denomina *Lista de Medicamentos*. Le indica lo siguiente:
    - qué medicamentos pagamos
    - si hay algún límite para los medicamentos
  - Si necesita una copia de nuestra *Lista de Medicamentos*, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web en go.wellcare.com/druglist-16.

- **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.
    - Este capítulo informa cómo obtener los medicamentos para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
    - Incluye reglas que debe cumplir. También le informa qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
    - Cuando utilice la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.
    - 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 nosotros.
    - El *Directorio de Farmacias y Proveedores* contiene una lista de las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB) 159

B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos..... 160

B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen? 161

B2. ¿Qué hay de un posible fraude? 161

C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo 162

C1. Nuestro plan tiene seis niveles de distribución de costos 162

C2. Sus opciones de farmacia 162

C3. Obtención de un suministro de un medicamento a largo plazo 163

C4. Lo que paga 163

D. Cuánto paga por las vacunas de la Parte D 165

D1. Lo que debe saber antes de vacunarse 166

D2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare Part D..... 166

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted hace cuando obtiene recetas en la farmacia. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

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

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de Beneficios*. La denominamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. Además, la EOB incluye más información sobre los medicamentos que usted toma. En la EOB, se incluye la siguiente información:

- **Información sobre el mes**. El resumen le informa qué medicamentos recibió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, cuánto pagamos y cuánto pagaron usted y las demás personas en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde el primer abastecimiento para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando corresponda, incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con una distribución de costos más baja para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para sus gastos totales de bolsillo.

- Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos por el plan, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta y de venta libre están cubiertos por Healthy Connections Medicaid. Estos medicamentos se incluyen en 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 ID de Miembro.**

   Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cada vez que surta una receta. Esto nos permitirá saber las recetas médicas que surte y lo que paga.

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

   Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que ha pagado. Usted puede pedirnos que le reembolsemos el dinero que gastó para comprar el medicamento.

   Estos son ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos:

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

   Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos el dinero de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

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

   Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se tienen en cuenta para calcular sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, el Servicio de Salud para Comunidades Indígenas y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a sus gastos de bolsillo.

4. **Controle las EOB que le enviamos.**

   Cuando reciba la EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

   - **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Compruebe las fechas. ¿Tomó medicamentos ese día?
   - **¿Recibió los medicamentos incluidos?** ¿Coinciden con los que aparecen en los recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó su médico?

B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llámenos a Servicios para Miembros de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP).

B2. ¿Qué hay de un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, por favor contáctenos.

- Llámenos a Servicios para Miembros de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP).
- O bien llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.

Si cree que falta algo en el informe, que algo está mal, o si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

En lugar de recibir una EOB en papel por correo, ahora tiene la opción de recibir una EOB electrónica (eEOB). Puede solicitar la eEOB en express-scripts.com/rx. Si decide hacerlo, recibirá un correo electrónico cuando su eEOB esté lista para ver, imprimir o descargar. Las eEOB también se denominan EOB no impresas. Estas eEOB son copias exactas (imágenes) de las EOB impresas.

Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

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

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

C1. Nuestro plan tiene seis niveles de distribución de costos

- El nivel 1 (Medicamento Genérico) incluye los medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- El nivel 2 (Medicamentos de Marca Preferidos) incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El nivel 3 (Medicamentos No Preferidos) incluye los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos.
- El nivel 4 (Medicamentos Inyectables) incluye determinados medicamentos que se administran por inyección o se utilizan para prevenir enfermedades (vacunas).
- El nivel 5 (Medicamentos de Nivel Especializado) incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones para el pago en un nivel inferior.
- El nivel 6 (Medicamentos de Cuidado Seleccionados) incluye algunos medicamentos genéricos y/o de marca que se utilizan para tratar condiciones específicas.

C2. Sus opciones de farmacia

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

- una farmacia de la red, **o**
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos las recetas médicas surtidas en las farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber cuándo lo hacemos.
- Nuestra farmacia de pedidos por correo del plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para saber cómo presentar una apelación si se le dice que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

C3. Obtención de un suministro de un medicamento a largo plazo

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

Si quiere obtener información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* o nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

C4. Lo que paga

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

	Una farmacia de venta minorista estándar o preferida Un suministro de un mes o hasta 30 días	**Nuestro servicio de pedido por correo preferido o estándar del plan** Un suministro de un mes o hasta 34 días	**En una farmacia de cuidado 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** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.
Nivel 1 de Distribución de Costos (Medicamento Genérico)	$0 de copago	El pedido por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos).	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de Distribución de Costos (Medicamentos de Marca Preferidos)	$0 de copago	El pedido por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos).	$0 de copago	$0 de copago

	Una farmacia de venta minorista estándar o preferida Un suministro de un mes o hasta 30 días	**Nuestro servicio de pedido por correo preferido o estándar del plan** Un suministro de un mes o hasta 34 días	**En una farmacia de cuidado 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** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.
Nivel 3 de Distribución de Costos (Medicamentos No Preferidos)	$0 de copago	El pedido por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos).	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 4 de Distribución de Costos (Medicamento Inyectable)	$0 de copago	El pedido por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos).	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 5 de Distribución de Costos (Medicamentos de Nivel Especializado) Limitado a un suministro de 30 días por surtido.	$0 de copago	El pedido por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos).	$0 de copago	$0 de copago

	Una farmacia de venta minorista estándar o preferida Un suministro de un mes o hasta 30 días	**Nuestro servicio de pedido por correo preferido o estándar del plan** Un suministro de un mes o hasta 34 días	**En una farmacia de cuidado 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** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.
Nivel 6 de Distribución de Costos (Medicamentos de Cuidado Seleccionados)	$0 de copago	El pedido por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos).	$0 de copago	$0 de copago

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

D. Cuánto paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Part B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Estas vacunas aparecen en nuestra *Lista de Medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos* del plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información detallada sobre la cobertura y la distribución de costos de vacunas específicas.

La cobertura para vacunas de Medicare Part D está compuesta por dos partes:

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

D1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que primero llame a Servicios para Miembros cuando planee recibir una vacuna.

- Podemos informarle acerca de la cobertura de vacunación que ofrece nuestro plan
- Podemos indicarle cómo mantener los costos bajos utilizando proveedores y farmacias de nuestra red. Las farmacias y proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que usted no tenga costos por adelantado por una vacuna de Medicare Part D.

D2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare Part 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. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Estas vacunas aparecen en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP),** entonces la vacuna no le costará nada.

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

1. Usted recibe la vacuna de Medicare Part D y su aplicación en una farmacia de la red.
   - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
   - Para otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
2. Usted obtiene la vacuna de Medicare Part D en el consultorio de su médico, y el médico se la aplica.
   - Usted no pagará nada al médico por la vacuna.
   - Nuestro plan 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 Part D en una farmacia, y se la aplican en el consultorio de su médico.
   - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
   - Para otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
   - Nuestro plan cubrirá el costo de la aplicación.

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

Introducción

En este capítulo se indica 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 orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos 169

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago 172

C. Decisiones de cobertura 173

D. Apelaciones 173

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos que usted ya haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) le facturen por estos servicios o medicamentos. Pagamos a nuestros proveedores directamente, y lo protegemos de cualquier gasto.

Si usted recibe una factura por la atención médica o los medicamentos, no la pague y envíenosla.

Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, 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. Servicios para Miembros o su coordinador de atención pueden ayudarlo a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para obtener el número de teléfono de Servicios para Miembros.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de atención si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede comunicarse si desea proporcionar más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Entre los ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió se encuentran las siguientes:

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 nos facture.

   - Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, solicítenos 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 de Medicare, le reembolsaremos el monto.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Es importante que presente su Tarjeta de ID de miembro para obtener cualquier servicio o recetas. Pero a veces cometen errores y le piden que pague los servicios o le cobran más de lo que corresponde. **Llame a Servicios para Miembros** o al coordinador de atención a los números que aparecen en la parte inferior de esta página **si recibe una factura.**

- Dado que pagamos el costo total de los servicios, usted no debe abonar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. Le reembolsaremos el costo de los servicios cubiertos.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan retroactivamente

Algunas veces su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si usted fue inscrito retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos el pago.
- Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.

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

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

- Solo en ciertas ocasiones, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

- Es posible que no le devolvamos la diferencia entre el precio que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando usted paga el costo completo de una receta de Medicare Part D porque no lleva su Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro

Si no tiene la Tarjeta de ID de Miembro con usted, puede solicitar a la farmacia que nos llame o que busque la información sobre su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta o volver a la farmacia con su Tarjeta de ID de Miembro.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio que pagó en efectivo es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta de Medicare Part D por un medicamento que no está cubierto

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

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Lista de Medicamentos*) en nuestro sitio web, o tenga un requisito o una restricción que usted no conoce o que considera que no se aplica 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 deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
  - Si usted y su médico u otro profesional que expide recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato (dentro de 24 horas), usted puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
- 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 otro profesional que expide recetas para reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la evaluaremos para decidir si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto es realizar una “decisión de cobertura.” Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, nosotros lo pagamos.

Si nuestro plan rechaza su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque con el que haya pagado o un recibo del proveedor. **Le recomendamos hacer una copia de su factura y de los recibos para sus propios registros.** Puede pedir ayuda a su coordinador de atención.

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

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

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web go.wellcare.com/ATC, o puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar el formulario.

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

Para servicios médicos, artículos y medicamentos que no sean de la Parte D:

Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)
Medical Reimbursement Department
PO Box 10050
Van Nuys, CA 91410-0050

Dirección para el envío de Reclamos de Farmacia:

Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
PO Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos la solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto de dinero, si corresponde, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted cumplió con todas las normas para obtenerlo, nosotros lo pagaremos. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por el monto que pagó. Si usted paga la totalidad del costo de un medicamento, es posible que no se le reembolse el total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio que pagó en efectivo es mayor que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos al proveedor directamente.

En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro,* se explican las reglas para obtener servicios cubiertos. En el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro,* se explican las reglas para obtener sus medicamentos cubiertos de Medicare Part D.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta que explique los motivos. La carta también detallará sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

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

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*:

- Para presentar una apelación sobre reembolsos por servicios de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

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

Índice

A. Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades 176

B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma 178

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI) 179

C1. Cómo protegemos su PHI 179

C2. Su derecho a ver su historia clínica 180

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información 190

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted 191

F. Su derecho a abandonar el plan 191

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud 192

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones 192

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención de salud 193

G3. Cómo proceder si no se siguen sus instrucciones 194

H. Su derecho a hacer reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos 194

H1. Qué hacer ante un trato injusto o cómo obtener más información sobre sus derechos 194

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 195

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

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner, including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your care coordinator Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

  Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)
  PO Box 10050
  Van Nuys, CA 91410-0050

  - To always get this document and other material in another language or format, now and in the future, please call Member Services. This is called a "standing request". We will document your choice. If you later want to change the language and/or format choice, please call Member Services. Find the Member Services phone number at the bottom of this page.
  - We can send materials to you in a language other than English or in an alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request". We will document your choice.
  - To make a standing request, change a standing request or make a one-time request, please call Member Services at the phone number on the bottom of this page.

If you have 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). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Healthy Connections Medicaid at (1-888-549-0820). (TTY: 1-888-842-3620) 8 a.m. to 6 p.m., Monday – Friday, Eastern time.
- Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

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

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, le sean brindados de manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con dominio limitado del idioma inglés, habilidades de lectura reducidas, discapacidad auditiva o que pertenezcan a diversos contextos culturales y étnicos. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para recibir información de una manera que sea comprensible para usted, llame a su coordinador de cuidados en Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, entre los que se incluye el español, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)
  PO Box 10050
  Van Nuys, CA 91410-0050

  - 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 para Miembros. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección. Si posteriormente quiere cambiar el idioma o el tipo de formato, llame

al Departamento de Servicios para Miembros. Encontrará el número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros en la parte inferior de esta página. También puede enviar un correo electrónico a go.wellcare.com/ATC.

- Podemos enviarle los materiales en otro idioma o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.
- Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página.

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

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Healthy Connections Medicaid al (1-888-549-0820). (TTY: 1-888-842-3620). De 8 a. m. a 6 p. m, de lunes a viernes, hora del este.
- Office for Civil Rights al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Para obtener más información acerca de qué tipos de proveedores pueden desempeñarse como su PCP y cómo elegir un PCP, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.
  - Llame a su coordinador de atención *o* a Servicios para Miembros 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.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud para la mujer sin una remisión del médico. Una remisión del médico es una aprobación de su PCP para que consulte a un profesional que no sea su PCP.

- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos 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 autorización previa (PA).
- 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** de este *Manual del Miembro*.

El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* le informa qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. 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 de salud personal (PHI)

Protegemos su PHI según lo establecido por las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye su historia clínica y otra información médica y de salud.

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos una notificación por escrito en la que se informa sobre estos derechos y también se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. La notificación denomina “Notificación de Prácticas de Privacidad.”

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada pueda ver o modificar sus expedientes.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos su PHI a ninguna persona que no proporciona su atención ni paga su atención. Si lo hacemos, primero debemos

obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted puede dar su autorización por escrito.

A veces no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley:

- Debemos divulgar la PHI a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos darle a Medicare y a Healthy Connections Medicaid su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de Medicare Part D. Si Medicare y/o Healthy Connections Medicaid divulgan su PHI para investigaciones u otros usos, lo hacen conforme a las leyes federales.

C2. Su derecho a ver su historia clínica

- Tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de ellos. Podemos cobrarle para realizar una copia de su historia clínica.
- Tiene derecho a solicitar que actualicemos o corrijamos su historia clínica. 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 comparte su PHI con otras personas cuando se haga por otros motivos que no sean de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su PHI, llame a Servicios para miembros.

Wellcare By Absolute Total Care
Aviso de Prácticas de Privacidad

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. LÉALO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1/1/2027

For help to translate or understand this, please call **1-833-998-5063 (TTY: 711).**
Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al **1-833-998-5063 (TTY: 711).**

Obligaciones de la Entidad Cubierta

Wellcare By Absolute Total Care es una Entidad Cubierta conforme a las definiciones y regulaciones de la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Wellcare By Absolute Total Care tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI), proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, cumplir con los términos del Aviso que está en vigor y notificarle si se produjera una filtración de su PHI no protegida.

Este Aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. Además, describe sus derechos a tener acceso, modificar y administrar su PHI, y cómo ejercer esos derechos. Se realizarán otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este Aviso solamente con su autorización por escrito.

Wellcare By Absolute Total Care se reserva el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el Aviso revisado y modificado entre en vigor para la PHI que ya tenemos, así como también para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Wellcare By Absolute Total Care revisará y distribuirá de inmediato esta Notificación siempre que haya un cambio importante en los siguientes puntos de la notificación: Align (HMO D-SNP) revisará y distribuirá de inmediato esta Notificación siempre que haya un cambio importante en los siguientes puntos de la notificación:

- Los Usos o Divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en la notificación

Todos los Avisos revisados estarán disponibles en nuestro sitio web o se enviarán por correo postal.

Protección Interna de la PHI Oral, Escrita y Electrónica:

Wellcare By Absolute Total Care protege su PHI. También nos comprometemos a mantener la confidencialidad de la información sobre su raza, etnia e idioma (REL), como de su orientación sexual e identidad de género (SOGI). Disponemos de procesos de privacidad y seguridad para ayudarlo.

Estas son algunas de las maneras en que protegemos su PHI:

- Capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Les exigimos a nuestros socios comerciales que cumplan con los procesos de privacidad y seguridad.

- Mantenemos la seguridad de nuestras oficinas.
- Solo hablamos de su PHI por motivos profesionales con las personas que necesitan conocerla.
- Conservamos la seguridad de su PHI cuando la enviamos o guardamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnología para impedir que las personas equivocadas accedan a su PHI.

Usos y Divulgaciones Permitidos de su PHI:

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

- ***Tratamiento***. Podemos usar su información personal de salud (PHI) o compartirla con un médico u otro proveedor de atención médica que le proporciona tratamiento a usted, para coordinar su tratamiento entre los proveedores, o para que nos ayuden en la toma de decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.

- ***Pago***. Podemos utilizar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le hayan proporcionado. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención de salud o a otra entidad sujeta a las Reglas federales de Privacidad para realizar un pago. Las actividades de pago pueden incluir el procesamiento de reclamos, la determinación de la elegibilidad o la cobertura para los reclamos y la revisión de la necesidad médica de los servicios.

- ***Operaciones de Atención Médica***. Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir prestación de servicio al cliente, respuesta a reclamos y apelaciones, y administración de la atención y coordinación de la atención.

  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 operaciones de atención de salud. Esto incluye lo siguiente:

  - Evaluación de la calidad y actividades de mejora
  - Revisión de la competencia o las cualificaciones de los profesionales de la salud
  - Administración de casos y coordinación de la atención
  - Detección o prevención de fraude y abuso en la atención médica

  La información sobre su raza, etnia, idioma, orientación sexual e identidad de género está

protegida por los sistemas y leyes del plan de salud. Esto significa que la información que proporciona es privada y está segura. Solo podemos compartir esta información con los proveedores de atención médica. No se compartirá con otras personas sin su permiso o autorización. Utilizamos esta información para ayudar a mejorar la calidad de su atención y los servicios.
Esta información nos ayuda a lo siguiente:

- Comprender mejor sus necesidades de atención médica.
- Conocer su idioma de preferencia cuando acuda a proveedores de atención médica.
- Proporcionar información médica para satisfacer sus necesidades de atención de la salud.
- Ofrecer programas para ayudarle a estar más saludable.

Esta información no se utiliza para fines de suscripción ni para tomar decisiones sobre si puede recibir cobertura o servicios.

- ***Divulgaciones al Plan de Salud de Grupo o al Patrocinador del Plan***. Podemos divulgar la información de salud protegida a un patrocinador del plan de salud de grupo, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención médica si el patrocinador aceptó ciertas restricciones sobre cómo utilizará o divulgará la información de salud protegida (como acordar no utilizar la información de salud protegida para las acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

Otras Divulgaciones Permitidas o Necesarias de la PHI:

- ***Actividades de Recaudación de Fondos***. Podemos usar o compartir su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para ayudar a una fundación caritativa u otra organización similar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted por las actividades de recaudación, le daremos la oportunidad de no participar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.

- ***Fines de Suscripción***. Podemos utilizar o divulgar su PHI para fines de suscripción, tales como tomar una decisión sobre una solicitud de cobertura o una petición. Si usamos o divulgamos su PHI para los propósitos de contratación, tenemos prohibido usar o divulgar su PHI que es información genética en el proceso de contratación.

- ***Recordatorios de Citas o Alternativas de Tratamiento***. Es posible que utilicemos y divulguemos su PHI para recordarle acerca de una cita para un tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.

- ***Según lo Requiera la Ley***. Si la ley federal, estatal y/o local requieren el uso o la divulgación de su PHI, es posible que usemos o divulguemos su información PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con dicha ley y se limiten a los requisitos de esta. Si existieran diferencias entre dos o más leyes o regulaciones sobre el mismo uso o divulgación, prevalecerán las leyes o regulaciones más restrictivas.
- ***Actividades de Salud Públicas***. Podemos compartir su PHI con una autoridad de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios supervisados por la FDA.
- ***Víctimas de Abuso y Negligencia***. Podemos divulgar su PHI a una autoridad local, estatal o federal del gobierno, incluidos servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir tales informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- ***Procedimientos Judiciales y Administrativos***. Podemos divulgar su PHI en respuesta a un procedimiento judicial o administrativo. Es posible que también se nos solicite divulgar su PHI para responder a una citación, solicitud de exhibición de pruebas u otras solicitudes similares.
- ***Aplicación de la Ley***. Es posible que divulguemos la PHI pertinente a un funcionario de aplicación de la ley cuando se nos solicite a fin de responder a un delito.
- ***Parte 2 (Registros de Trastornos por Consumo de Sustancias):*** Si recibimos o procesamos sus registros de la Parte 2, no usaremos ni divulgaremos dichos registros para ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legal en su contra sin una orden judicial o su autorización por escrito, y después de que se le haya proporcionado un aviso y una oportunidad de ser escuchado.
- ***Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias***. Podemos divulgar su PHI a un médico forense o a un 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 obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la procuración, el mantenimiento de bancos o el trasplante de órganos, ojos y tejidos cadavéricos.

- ***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 prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.
- ***Funciones Gubernamentales Especializadas***. Si usted es miembro de las U.S. Armed Forces, es posible que divulguemos su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional, actividades de inteligencia; el Departamento Estatal para determinaciones de adecuación médica, la protección del Presidente, y otras personas autorizadas, según lo requiera la ley.
- ***Compensación del Trabajador***. Podemos compartir su PHI para cumplir con las leyes relativas a la compensación del trabajador u otros programas similares establecidos por la ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin importar el culpable.
- ***Situaciones de emergencia***: En situaciones de emergencia, o si no está en condiciones de hacerlo o no está presente, podemos divulgar su PHI a un familiar, 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 determinar si la divulgación es conveniente para usted. Si la divulgación es lo más conveniente, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención.
- ***Reclusos***. Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario de la ley, es posible que divulguemos su PHI a la institución correccional o al funcionario de la ley, si tal información es necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.
- ***Investigación***. En determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI a los investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido ciertas medidas de seguridad para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y Divulgaciones de Su PHI que Requieren Su Autorización por Escrito

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

- ***Venta de la PHI***: Solicitaremos su autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI. “Venta de la PHI” significa que recibimos un pago por divulgar la información de salud personal.
- ***Comercialización***: Solicitaremos su autorización por escrito para usar su PHI o divulgarla con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.
- ***Notas de psicoterapia***: Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener en el archivo con excepción limitada, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operación de atención médica.

Usted tiene derecho a revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su PHI en función de esa autorización inicial.

Derechos de las Personas

A continuación, se describen sus derechos con relación a la PHI. Si desea ejercer cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de esta Notificación.

- ***Derecho a Solicitar Restricciones***: Tiene el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como de divulgaciones a personas involucradas en su cuidado o pago de su cuidado, como miembros de su familia o amigos cercanos. En la solicitud, deben figurar las restricciones que solicita y a quienes 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***. Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos.

  Este derecho se aplica solamente si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunicara por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted quiere. No tiene que explicar el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría

ponerlo en peligro si no se cambia el lugar o el medio de comunicación. Debemos satisfacer su solicitud si es razonable y se especifican los medios o el lugar alternativos en los que se debe entregar su PHI.

- ***Derecho a Acceder y Recibir una Copia de su PHI***. Usted tiene el derecho, con excepciones limitadas, a ver u obtener copias de su PHI contenidas en un conjunto de registros designado. Puede solicitarnos que le brindemos copias en otro formato que no sean fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo de forma práctica. Para obtener acceso a su PHI, debe presentar una solicitud por escrito. Si rechazamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito y le indicaremos si es posible revisar las razones del rechazo. También le informaremos cómo se solicita la revisión o si el rechazo no es apto para su revisión.

- ***Derecho a Modificar su PHI***. Usted tiene el derecho de solicitar que realicemos modificaciones, o cambios, a su PHI si considera que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito, y debe explicar los motivos por los que debe modificarse la información. Podemos rechazar su solicitud por ciertos motivos, por ejemplo, si nosotros no creamos 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 de que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicita que enmendemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos posibles para comunicarle la modificación a los demás, incluidas las personas que usted mencione, y para incluir los cambios en las futuras divulgaciones de esa información.

- ***Derecho a Recibir un Informe de Divulgaciones***. Tiene el derecho de recibir una lista de los casos, dentro del período de los últimos 6 años, en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su PHI. 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 solicita este informe 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 un Reclamo***. Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados o que infringimos nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos un reclamo por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se proporciona al final de esta Notificación.

  Además, puede presentar un reclamo ante la Secretaría de la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los

EE. UU. Para hacerlo, envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al **1-800-368-1019, (TTY: 1-800-537-7697**) o visite **hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.

NO HAREMOS NADA CONTRA USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.

- ***Derecho a recibir una copia de esta Notificación***. Puede solicitar una copia de nuestra Notificación en cualquier momento mediante la lista de información de contacto que aparece al final de la Notificación. Si recibe esta Notificación en nuestro sitio web o por correo electrónico (email), también tiene derecho a solicitar una copia impresa de la Notificación.

Información de Contacto

Preguntas sobre esta Notificación: Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, sobre nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que se indica a continuación:

Wellcare By Absolute Total Care
Attn: Privacy Official
PO Box 10050
Columbia, SC 29210
Van Nuys, CA 91410-0050
Número de Teléfono Gratuito:
1-833-998-5063 (TTY: 711)

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Español ATENCIÓN: Contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. También se encuentran disponibles de manera gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Deutsch ACHTUNG: Sprachdienstleistungen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Geeignete zusätzliche Unterstützung und Dienstleistungen für Informationen in zugänglichen Formaten stehen Ihnen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie folgende Nummer an: 1-877-374-4056 (TTY: 711).

العربية ا تباه :تتوفر لك خدمات مسا دة لغوية مجا ية .تتوفر كذلك مجانًا مساعِدات وخدمات إضافية ملائمة لتزويد المعلومات ع ن ن
بت سيقات قابلة للوصول إليها .اتصل لى الرقم 4056 -374-877-1 :TTY ع ( )ن . 711

简体中文 注意：我们为您提供免费的语言协助服务，同时也可免费提供适当的辅助设施与服务，以便提供无障碍格式的信息。请致电 1-877-374-4056(TTY：711)

繁體中文 注意：我們為您提供免費的語言協助服務，還免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-877-374-4056（TTY：711）

Français REMARQUE : des services d’assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des services et aides pour obtenir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-374-4056 (TTY : 711).

Français cadien COMMUNIQUE: Des services d’aide linguistique sans frais sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations en formats accessibles sont également proposés sans frais. Composez le 1-877-374-4056 (TTY : 711).

Русский ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Вы также можете бесплатно получить соответствующие вспомогательные средства и услуги, направленные на предоставление информации в доступных форматах. Позвоните по номеру 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Tagalog ATENSYON: May mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available para sa inyo. Available din nang libre ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo para makapagbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Português ATENÇÃO: estão disponíveis serviços de assistência gratuitos no seu idioma. Também estão disponíveis apoios auxiliares e serviços adequados que oferecem informações em formatos acessíveis e sem custos. Ligue para 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Tiếng Việt LƯU Ý: Chúng tôi có cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và trợ giúp bổ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-877-374-4056 (TTY: 711).

ગુજરાાાતીીી ધ્યાાાન આપવાાાનીુી જરૂર છેુ: તમાાારાાા માાાટેુ ભાાાષાાાા સંુબંુધીીી સહાાાયતાુાનીુી મફત સેુવાાાઓ ઉપલબ્ધ છેુ. ઍક્સેુસ કરીુી શકાુાય તેુવાાંિ □ ફોુ મેુટમાંિ □ટેમાાાં માાાહહ□તીીી પ્રદાાાન કરવાાાા માાાટેુ યોુ ગ્ય સહાાાયક સહાાાય અનેુ સેુવાાાઓ પણ મફતમાંિ □ ઉપલબ્ધ છેુ. 1-877-374-4056 (TTY: 711) પર કોુ લ કરોુ .

Si tiene preguntas, llame a Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) al 1-833-998-5063 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite go.wellcare.com/ATC.

Українська УВАГА! Вам доступні безкоштовні послуги мовної допомоги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-877-374-4056 (TTY: 711).

한국어 주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 정보 제공을 위해 적합한 보조 도구 및 서비스 또한 액세스 가능한 형식으로 무료 이용이 가능합니다. 1-877-374-4056 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

ह ुँ दीी ध्ययन दें ुं : आपको लि ए ल ःि ु शुल्क भययषयय सहा ुययतयय से ुवययएं ु उपबि ध हैं ु . एक्से ुस कर े ु यो ु ग्य फ़ॉ ॉर्मुेट में ु जियनका ुयरी ी प्रदा ुयन कर े ु को लि ए उपयु ुक्त सहा ुययक सा ुयधन और से ुवययएं ु भी ी ल ःि ु शुल्क उपबि ध हैं ु . 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉ ॉ करें ु .

Italiano ATTENZIONE: sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili supporti e servizi ausiliari gratuiti adatti a fornire le informazioni in formati accessibili. Chiamare il numero 1-877-374-4056 (TTY: 711).

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito. Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, entre los que se incluyen español.

Comuníquese con Servicios para Miembros si desea obtener información acerca de cualquiera de las siguientes opciones.

- Información sobre cómo elegir o cambiar de planes.
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
  - información financiera
  - cómo nos han calificado los miembros del plan
  - información sobre cuántas apelaciones presentaron los miembros
  - 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

- calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
- información sobre cómo pagamos a los proveedores de la red

- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen lo siguiente:
  - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*) cubiertos por nuestro plan
  - límites de cobertura y medicamentos
  - reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*), 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

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red no pueden obligarlo a que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar el saldo ni cobrarle a usted si pagamos menos de lo que nos cobró el proveedor. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

F. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarlo a que permanezca en nuestro plan si no desea hacerlo.

- Tiene derecho a recibir la mayor parte de los servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan de Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener los beneficios de medicamentos de Medicare Part D a través de un plan de medicamentos o de otro plan de MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del Miembro.*

- Para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de MA o de beneficios de medicamentos.
- Para obtener información acerca de cómo acceder a sus beneficios de Healthy Connections Medicaid si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Los proveedores deben explicarle su condición médica y las opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamientos.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a saber acerca de los riesgos que se corren. 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 con otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Rechazar.** 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 recetado. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo sacaremos de nuestro 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 cubrimos.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro,* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención de salud

A veces las personas no pueden tomar decisiones por sí mismas sobre su atención médica. Antes de que esto le ocurra a usted, puede hacer lo siguiente:

- Completar por escrito un formulario **a fin de otorgarle a alguien autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted si es que alguna vez** es incapaz de hacerlo por sí mismo.
- **Darles instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que prefiere que ellos manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, lo que incluye la atención que usted **no** desea.

El documento legal que puede usar para dar instrucciones se denomina “directiva anticipada.” Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder legal para la atención médica.

Usted no está obligado a tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar instrucciones anticipadas:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. Las farmacias y los consultorios de proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. Asimismo, puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar el formulario.
- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, lo ayuden a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que deben saber.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregarle una copia a la persona que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es aconsejable que le dé copias a sus amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.
- Si será hospitalizado y firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital**.
    - En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
    - Si no lo ha hecho, el hospital tiene formulario de instrucciones anticipadas disponibles, y le preguntarán si quiere firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Solicite que su directiva anticipada se coloque en sus registros médicos.
- Cambie o cancele su directiva anticipada en cualquier momento.

Según lo establecido por la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo en función de si usted firmó una directiva anticipada. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Cómo proceder si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones establecidas en esta, usted o su representante autorizado puede hacer un reclamo ante su coordinador de atención.

H. Su derecho a hacer reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* se 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 hacer un reclamo.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y los reclamos que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o cómo obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo tratamos injustamente y que **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el **Capítulo 11** de este *Manual del Miembro* o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a los siguientes números:

- Departamento de Servicios para Miembros.
- El Programa de I-CARE al 1-800-868-9095. Para obtener más información acerca del I-CARE, consulte el **Capítulo 2**.
- El Programa Defensor del Pueblo al 1-844-477-4632, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. hora del este. Para obtener más información sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

También puede visitar el sitio web del programa Healthy Connections Medicaid en www.scdhhs.gov/resources/health-managed-care-plans/dual-special-needs-plans.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene las responsabilidades que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea este *Manual del Miembro*** para obtener información sobre qué cubre nuestro plan y qué reglas debe cumplir a fin de obtener servicios y medicamentos cubiertos. A continuación, se detalla cómo obtener información adicional:
  - Servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 3 y el Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
  - Medicamentos cubiertos, consulte el **Capítulo 5 y el Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos** que tenga. Nos aseguramos de que usted utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le puedan brindar la mejor atención.
  - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todo sobre los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye los medicamentos que requieren receta médica, los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

- Haga cualquier pregunta que tenga. 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.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También pretendemos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y las oficinas de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Las primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de Medicare Part A y la prima de Medicare Part B.
  - **Si usted obtiene algún servicio o medicamento no cubiertos por el plan, debe pagar el costo total.** (**Nota:** Si está en desacuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de algún servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información sobre cómo presentar una apelación).
- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros.
  - **Si se muda fuera del área de servicios, ya no podrá permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que vivan en nuestra área de servicios pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro* se informa sobre nuestra área de servicios.
  - Podemos ayudarle a determinar si se mudará o no fuera de nuestra área de servicios. [Durante un período de inscripción especial, puede pasarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en el lugar donde se mude. Podemos informarle si tenemos un plan en el área nueva.
  - Informe a Medicare y Healthy Connections Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para encontrar los números de teléfono de Medicare y Healthy Connections Medicaid.
  - **Si se muda y permanece dentro de nuestra área de servicios, también debemos estar al tanto.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.

- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta Ferroviaria de Retiro).**

- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para obtener ayuda.** También puede llamar a su coordinador de atención para hablar sobre su participación en un examen de salud inicial y/o una evaluación integral.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para obtener información sobre cómo actuar si ocurre lo siguiente:

- Tiene un problema con nuestro plan o un reclamo sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan determinó que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó nuestro plan sobre su atención.
- Considera que los servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.

Este capítulo está compuesto por diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

Hay una oficina del defensor para South Carolina. Para comunicarse con la oficina y obtener recursos adicionales para tratar sus preocupaciones, consulte el **Capítulo 2**, para obtener más información.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 201

A1. Acerca de los términos legales 201

B. Dónde obtener ayuda 201

B1. Para obtener más información y ayuda 201

C. Comprender los reclamos y las apelaciones de Medicare y Healthy Connections Medicaid en nuestro plan 203

D. Problemas relacionados con sus beneficios 203

E. Decisiones de cobertura y apelaciones 203

E1. Decisiones de cobertura 204

E2. Apelaciones 204

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones 205

E4. ¿Qué sección de este capítulo lo puede ayudar? 206

F. Atención médica 206

F1. Uso de esta sección 206

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura 207

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 210

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 214

F5. Problemas con pagos 218

G. Medicamentos de Medicare Part D 220

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D 220

G2. Excepciones de Medicare Part D 222

G3. Datos importantes acerca de cómo solicitar una excepción 223
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 223
G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 226
G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 228
H. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada 230
H1. Conocer sus derechos de Medicare 231
H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 232
H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 234
I. Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos 235
I1. Notificación previa antes de que finalice su cobertura 235
I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 235
I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 237
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 238
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare 238
J2. Apelaciones adicionales de Healthy Connections Medicaid 240
J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos de Medicare Part D 240
K. Cómo presentar un reclamo 242
K1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos 242
K2. Reclamos internos 244
K3. Reclamos externos 245

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explica cómo manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utiliza depende del tipo de problema que está teniendo. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones,** y otro para **hacer reclamos** (también llamados quejas).

Para garantizar la imparcialidad y la celeridad, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo, existen términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender; por lo tanto, hemos reemplazado ciertos términos legales con palabras más simples. También utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “hacer un reclamo” en lugar de “presentar una queja”
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse más claramente, así que también los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser cierto especialmente si usted no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, tal vez no tenga la información necesaria para dar el paso siguiente.

Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al 1-833-998-5063 (TTY: 711) para obtener ayuda para resolver un problema o respuestas a sus preguntas.

Ayuda del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) al 1-800-868-9095. También puede revisar su sitio web en www.shiphelp.org/ships/south-carolina/. Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer con su problema. El SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El SHIP 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 y su sitio web es www.aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Estas son dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Healthy Connections Medicaid

Puede llamar a Healthy Connections Medicaid directamente para que lo ayuden a resolver sus problemas. Estas son algunas formas en las que puede obtener asistencia de Healthy Connections Medicaid:

- Llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. TTY: 1-888-842-3620. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Healthy Connections Medicaid (www.scdhhs.gov).

Cómo obtener ayuda de otros recursos

Puede obtener ayuda de otros recursos, como los que se enumeran a continuación:

- Protección y Defensoría para Personas con Discapacidades (P&A), número gratuito, 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525.
- Servicios legales de South Carolina, número gratuito, 1-888-346-5592.

C. Comprender los reclamos y las apelaciones de Medicare y Healthy Connections Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Healthy Connections Medicaid. La información contenida en este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Esto, a veces, se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Healthy Connections Medicaid.

En ocasiones, los procesos de Medicare y Healthy Connections Medicaid no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro para un beneficio de Healthy Connections Medicaid. La **Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas relacionados con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea 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 sus problemas o reclamos.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o su cobertura? Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, sobre la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección E,** “Decisiones de cobertura y apelaciones.”	**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura. Consulte la **Sección K**, “Cómo presentar un reclamo.”

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y hacer una apelación se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **atención médica.**

Usted puede utilizar este proceso para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos (consulte el **Capítulo 4**, **Sección H** de este *Manual del Miembro).*

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, nos puede pedir que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que el servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con ella, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, el proceso se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas adecuadamente. Diferentes revisores, distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original, estarán a cargo de su apelación.

Una vez completada la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante en este capítulo, puede solicitar una “decisión rápida sobre la cobertura” o acelerada o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** parte o todo lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se trata de la cobertura de un servicio de atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Part D o Healthy Connections Medicaid, la carta le indicará cómo puede presentar usted

mismo una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid, la carta le dará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 2, tiene la posibilidad de continuar a través de niveles de apelación adicionales.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede solicitar ayuda de cualquiera de las siguientes opciones:

- **Servicios para Miembros** a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- El **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (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.
- **Su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar**. Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado**. Usted tiene derecho a un abogado, pero **no es obligatorio designar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Puede comunicarse con su propio abogado, u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisiones del médico. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.

Complete el formulario de Designación de Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre.

Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página y solicite el formulario de “Designación de Representante”. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en go.wellcare.com/ATC. **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo lo puede ayudar?

Existen cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. En una sección separada de este capítulo se detalla cada una de ellas. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos de Medicare Part D”
- **Sección H**, “Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada”
- **Sección I, “**Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solo se aplica a los siguientes servicios: atención médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada, y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al defensor del pueblo al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

F. Atención médica

Esta sección le explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos por su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios para la atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* en la tabla de beneficios. En algunos casos, se pueden aplicar reglas diferentes a un medicamento de la Medicare Part B. En ese caso, le explicaremos las diferencias entre las normas que regulan los medicamentos de Medicare Part B y las normas que rigen los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

En esta sección se indica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero que no está recibiendo.

   Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Usted recibió la atención médica que considera que cubrimos, pero que no pagaremos.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Usted recibió y pagó la atención médica que pensó que estaba cubierta, y pretende un reembolso.

   Lo que puede hacer: Puede solicitar que le hagamos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos la cobertura de determinados servicios de atención médica, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

   Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

   - Si la cobertura comprende atención hospitalaria, cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
   - Para todas las demás situaciones que implican reducir o detener la cobertura de determinados servicios de atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

> Cuando una decisión de cobertura tiene relación con su atención médica, se denomina **determinación de la organización integrada**.

Usted, su médico u otro representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

- Llame al: 1-833-998-5063, TTY: 711.
- Fax: 1-844-415-0010.
- Por escrito: Coverage Determinations Department – Medical
  PO Box 10050
  Van Nuys, CA 91410-0050

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar”, a menos que acordemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta en un plazo de:

- **Siete días calendario** después de recibir su solicitud de **un servicio médico o artículo que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa**.
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud **para todos los demás servicios o artículos médicos**.
- **72 horas** después de recibir su solicitud **para un medicamento de Medicare Part B**.

Para un artículo o un servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le notificaremos por escrito. **No podemos tomarnos más días si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.**

Si cree que **no debemos** demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta un reclamo rápido, le proporcionamos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. El proceso para hacer un reclamo es diferente del correspondiente a decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**.

Decisión rápida sobre la cobertura

> El término legal para decisión rápida sobre la cobertura es **determinación acelerada**.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiera una respuesta rápida, solicítenos una “decisión rápida sobre la cobertura.” Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de:

- **72 horas** después de recibir su solicitud **para un servicio o artículo médico**.
- **24 horas** después de recibir su solicitud **para un medicamento de Medicare Part B**.

En el caso de un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales si consideramos que falta información que podría beneficiarlo (como las historias clínicas de proveedores fuera de la red) o si usted necesita más tiempo para entregarnos la información para la revisión. Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le

notificaremos por escrito. **No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.**

Si cree que **no debemos** demorar más días para tomar la decisión de cobertura, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir dos requisitos:

- Solicita cobertura de atención médica y/o servicios que **no recibió**. No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura por el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o dañar su capacidad de mantener sus funciones.

Automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la cobertura si su médico nos informa que su estado de salud así lo requiere. Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que obtenga esa decisión de cobertura.

- Si decidimos que su estado de salud no reúne los requisitos para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con los motivos y seguiremos los plazos convencionales. La carta le indicará lo siguiente:
    - Automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la cobertura si su médico la solicita.
    - Cómo presentar un "reclamo rápido" en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de una decisión rápida sobre la cobertura. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**.

Si Rechazamos su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si **rechazamos** su solicitud, tiene derecho a apelar. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, significa que está pasando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud:

- la solicitud está incompleta,
- alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, **o**
- usted solicita retirar su solicitud.

Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación relacionada con un servicio o artículo denegado, o para continuar un servicio o artículo que ya está recibiendo, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-833-998-5063 (TTY: 711) o puede escribirnos a la siguiente dirección:

MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations
Appeals Department - Medical
P.O. Box 10052

Van Nuys, CA 91410-0052

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llámenos al 1-833-998-5063 (TTY: 711).

- Si su médico u otro profesional que expide recetas solicita la continuidad de un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba nombrarlos como representantes para que actúen en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, deberá incluir un formulario de Designación de Representante que autorice a esa persona a representarlo. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en go.wellcare.com/ATC.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:

- Desestimaremos su solicitud, y
- Le enviaremos una notificación escrita en la que se le dará una explicación sobre su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- Debe solicitar una apelación en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha en la carta que enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene motivos fundados para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Son ejemplos de motivos fundados haber tenido una enfermedad grave o haber recibido de nuestra parte información incorrecta respecto del plazo. Cuando haga su apelación, debe explicar el motivo del retraso.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

> El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada.”**

- Si usted apela una decisión que hemos tomado sobre la cobertura de la atención, usted y/o su médico decidirán si necesita una apelación rápida.

Automáticamente le concederemos una apelación rápida si su médico nos informa que su estado de salud así lo requiere. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que obtenga esa apelación rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no reúne los requisitos para obtener una apelación rápida, le enviaremos una carta con nuestra explicación y seguiremos los plazos convencionales. La carta le indicará lo siguiente:
  - Automáticamente le concederemos una apelación rápida si su médico la solicita.
  - Cómo presentar un “reclamo rápido” en caso de que optemos por concederle una apelación estándar, en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que interrumpiremos o reduciremos los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o detener la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos una notificación antes de tomar la medida.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguiremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que ocurra más tarde.
    - Si cumple este plazo, seguirá recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su Apelación de Nivel 1 esté pendiente.
    - También recibirá todos los otros servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
    - Si no apela antes de estas fechas, no se continuará con el servicio o el artículo mientras espera la decisión de su apelación.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos la apelación, examinamos detalladamente toda la información acerca de la solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Si es necesario, recopilamos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Existen plazos para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en **un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere. Si rechazamos una apelación rápida, les daremos a usted, a su médico, al profesional que expide recetas o a su representante la confirmación verbal del rechazo.
- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.**
    - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le notificaremos por escrito.
    - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, no podemos demorar más tiempo para tomar la decisión.

- Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas o cuando finalice el tiempo adicional, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisará una IRO. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo le informamos acerca de esta organización y le explicamos qué sucede en el proceso de apelaciones del Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2 y solicitar una “Audiencia Imparcial del Estado” tan pronto como se acabe el tiempo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la **Sección F4**.

- **Si aceptamos toda o parte de su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionarle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.

- **Si rechazamos toda o parte de su solicitud,** enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Existen plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación por la cobertura de servicios que todavía no ha recibido.

- Si la solicitud es por un medicamento de Medicare Part B que aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de siete días calendario** después de recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.

- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, **podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.**

  - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le notificaremos por escrito.

  - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, no podemos demorar más tiempo para tomar la decisión.

  - Si cree que **no** debemos demorar más días, puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**.

- Si no le damos una respuesta antes del plazo o al finalizar los días adicionales que tomamos, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, la revisará una IRO. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le informamos acerca de esta organización y le explicamos qué sucede en el proceso de apelaciones del nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2 y solicitar una “Audiencia Imparcial del Estado” tan pronto como se acabe el tiempo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la **Sección F4**.

Si aceptamos toda o parte de su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario o **en un plazo de siete días calendario** si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** toda o parte de su apelación, **tiene derechos adicionales de apelación:**

- Si **rechazamos** parte o todo lo que solicitó, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se informará que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación.
- Si su 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.

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** parte o a toda la Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si Medicare, Healthy Connections Medicaid o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema se trata de un servicio o elemento que normalmente está cubierto por Medicare, le enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que generalmente cubre Healthy Connections Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le explicará cómo hacerlo. Más adelante en este capítulo también se incluye más información.

- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que **tanto Medicare como Healthy Connections Medicaid** pueden cubrir, automáticamente obtendrá una Apelación de Nivel 2 con la IRO. También puede pedir una audiencia justa con el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento apelado también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se trata de un servicio cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema se relaciona con un servicio que generalmente solo cubre Healthy Connections Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si envía una Apelación de Nivel 2 en un plazo de diez días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente Medicare cubre

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

> El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente**, también llamada **IRE**.

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió que la compañía sea la IRO, y Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a solicitar sin cargo una copia del expediente de su caso.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO observarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde el momento en que recibe su apelación.

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que lo puede beneficiar, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud está relacionada con un medicamento de Medicare Part B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación estándar de Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, la IRO debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de siete días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que lo puede beneficiar, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.

La IRO le notificará por escrito su decisión y le explicará los motivos de esta decisión.

- **Si la IRO Acepta, total o parcialmente, una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos hacer lo siguiente:
  - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas, o**
  - Proporcionar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de haber recibido la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
  - Proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de Medicare Part B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento en disputa:**
  - **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la IRO para las **solicitudes estándar, o**
  - **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas**.

- **Si la IRO Rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación.”
    - Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.
    - Después del Nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones, con un total de cinco niveles.
    - Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto están indicados en la notificación por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.
    - Un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o abogado adjudicador estará a cargo de una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicaid generalmente cubre, o que está cubierto por Medicare y Healthy Connections Medicaid

Una Apelación de Nivel 2 para los servicios que Healthy Connections Medicaid generalmente cubre es una Audiencia Justa con el estado. En South Carolina, una Audiencia Justa se llama Audiencia Imparcial del Estado. Debe solicitar una Audiencia Imparcial del Estado por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en que enviamos la carta de decisión acerca de su Apelación de Nivel 1. La carta que usted recibe de parte nuestra le indica dónde presentar su solicitud para una Audiencia Imparcial.

También puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado completando una solicitud en línea, en msp.scdhhs.gov/appeals.

También puede presentar su solicitud en persona, enviarla por fax al 803-255-8206 o escribir a la siguiente dirección:

Division of Appeals and Hearings
South Carolina Department of Health and Human Services
P.O. Box 8206
Columbia, SC 29202-8206

Si se le otorga una audiencia, la División de Apelaciones y Audiencias le enviará un aviso por correo que le indicará la hora, la fecha y el lugar donde se llevará a cabo. Durante la audiencia, un funcionario imparcial de audiencia escuchará su explicación de por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. El funcionario de la audiencia también escuchará nuestra explicación al respecto. Además, hará preguntas para obtener la información suficiente para determinar si su caso se manejó de forma correcta.

La oficina de Audiencia Imparcial le notificará por escrito su decisión y le explicará los motivos.

- Si la oficina de Audiencia Imparcial **Acepta** parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- Si la oficina de Audiencia Imparcial **rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación.”

Si la decisión de la IRO o de la oficina de Audiencia Imparcial es **negativa** para parte o la totalidad de su solicitud, tiene derechos adicionales de apelación.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **IRO,** solo podrá apelar de nuevo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un determinado monto mínimo. Un ALJ o abogado adjudicador estará a cargo de una Apelación de Nivel 3. **La carta que reciba de la IRO explicará los derechos adicionales de apelación que pueda tener.**

En la carta que recibe de la oficina de Audiencia Imparcial, se describirá esta próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le pedirá que pague el saldo de cualquier factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación. Si paga la factura, puede recibir un reembolso por parte de nuestro plan siempre y cuando haya cumplido con las reglas para obtener los servicios y artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*. Se describen situaciones en las que es posible que deba solicitarnos el reembolso del pago o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Si solicita un reembolso, solicita una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o el artículo que usted pagó está cubierto y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar la cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago del costo del servicio o artículo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no antes de los 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. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o si 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.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la **Sección F3**. Cuando sigue estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación.

Si **rechazamos** su apelación y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2 es **aceptada,** debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención de salud en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación.” Recibirá una carta en la que se expliquen los derechos adicionales de apelación que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y Healthy Connections Medicaid generalmente cubre el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de Medicare Part D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos. En su mayoría, son medicamentos de Medicare Part D. Hay algunos medicamentos que Medicare Part D no cubre, pero que Healthy Connections Medicaid puede cubrir. **Esta sección solo aplica a las apelaciones de medicamentos de Medicare Part D.** En el resto de esta sección, cuando se diga “medicamento” se entenderá “medicamento de Medicare Part D”. Para los medicamentos cubiertos solo por Healthy Connections Medicaid, siga el proceso de la **Sección E**.

Para estar cubierto, el medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D

Estos son ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitarnos acerca de sus medicamentos de Medicare Part D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, que incluye pedirnos:
    - cubrir un medicamento de Medicare Part D que no está en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan o
    - dejar sin efecto una restricción en la cobertura de un medicamento (por ejemplo, límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en nuestra *Lista de Medicamentos* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo)

NOTA: Si en su farmacia le dicen que su receta no puede surtirse como se indica, la farmacia le proporcionará una notificación por escrito en la que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura.

> La decisión de cobertura inicial de los medicamentos de Medicare Part D se denomina **"determinación de cobertura".**

- Nos solicita que paguemos un medicamento que ya ha comprado. Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo hacer una apelación. Utilice la siguiente tabla de ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Necesita un medicamento que no aparece en nuestra *Lista de Medicamentos* o necesita que anulemos una regla o una restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento que está en nuestra *Lista de Medicamentos*, y cree que usted cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Quiere solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede pedirnos una decisión de cobertura.**	**Usted puede pedirnos que le reembolsemos el dinero.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Usted puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos pide que reconsideremos la decisión).
Comience con la **Sección G2**, luego consulte las **Secciones G3 y G4**	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G5**.

G2. Excepciones de Medicare Part D

Si no cubrimos un medicamento de la manera que desea, puede solicitarnos una “excepción.” Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Al solicitar una excepción, su médico u otro profesional que expide recetas deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

> En ocasiones, nos referimos al hecho de solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o la eliminación de una restricción de un medicamento como una **“excepción a la lista de medicamentos”.**

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que expide recetas nos pueden solicitar:

1. **Cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos***
   - Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*
2. **Eliminación de restricción para un medicamento cubierto**
   - Se aplican normas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información).
   - Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen lo siguiente:
     - Exigencia de usar la versión genérica de un medicamento en vez del medicamento de marca.
     - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. A veces, esto se denomina “autorización previa (PA).”
     - Requerir que pruebe primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto suele denominarse “terapia escalonada.”
     - Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede adquirir.

G3. Datos importantes acerca de cómo solicitar una excepción

El médico u otro profesional que expide recetas deben informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que expide recetas debe entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que expide recetas cuando solicite la excepción.

Nuestra *Lista de Medicamentos* suele incluir más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos Aceptar o Rechazar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **Rechazamos** su solicitud.

La sección a continuación le explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-833-998-5063 (TTY: 711), por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o el médico (u otro profesional que expide recetas) o alguien que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contar con un abogado que actúe en su representación.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo designar a alguien como su representante.
- No necesita otorgar permiso por escrito a su médico u otro profesional que expide recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.

- Si quiere solicitarnos el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si solicita una excepción, deberá presentar una "declaración de apoyo." La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que expide recetas para solicitar una excepción.
- Su médico u otro profesional que expide recetas pueden enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos la declaración por fax o correo.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una "decisión rápida sobre la cobertura."

Utilizaremos los "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 rápida sobre la cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.

> Una "decisión rápida sobre la cobertura" se denomina **"determinación de cobertura acelerada."**

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si:

- Es para un medicamento que no recibió. No le daremos una decisión rápida sobre la cobertura si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar podrían verse seriamente perjudicadas si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que expide recetas nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, accederemos a brindársela. Le enviamos una carta para informarle.

- Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo del médico u otro profesional que expide recetas, nosotros decidiremos si es necesario que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si determinamos que su condición médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares.

- Le enviamos una carta para informarle. La carta también le indicará cómo presentar un reclamo con respecto a nuestra decisión.
- Usted puede presentar un reclamo rápido y obtener una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo hacer reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas luego de haber recibido su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas luego de haber recibido la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, remitiremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, le brindaremos la cobertura en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también le diremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas luego de haber recibido la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, remitiremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una IRO.
- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, le brindaremos la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de apoyo de su médico para la excepción.
- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario desde de la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, remitiremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una IRO.
- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, le devolveremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indicará cómo apelar.

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

> Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura de un medicamento de Medicare Part D se denomina **"redeterminación"** del plan.

- Comience su **apelación estándar** o su **apelación rápida** llamando al 1-833-998-5063 (TTY: 711), escribiendo o enviando un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la apelación.
- Debe solicitar una apelación en **un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha en la carta que enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene motivos fundados para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Son ejemplos de motivos fundados haber tenido una enfermedad grave o haber recibido de nuestra parte información incorrecta respecto del plazo. Cuando haga su apelación, debe explicar el motivo del retraso.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

> Una apelación rápida también se denomina **"redeterminación acelerada."**

- Si usted apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que expide recetas deberán decidir si es necesaria una apelación rápida.

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, prestamos atención nuevamente a toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si cumplimos con las reglas cuando **Rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que expide recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en **un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
    - Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, lo revisará una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionarle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Si **rechazamos** su solicitud en forma total o parcial, le enviaremos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que todavía no ha recibido.
- Le daremos nuestra decisión antes si usted todavía no recibió el medicamento y su condición médica así lo requiere. Si cree que su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, lo revisará una

IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial:

- Debemos **brindarle la cobertura** que acordamos tan rápido como lo requiera su salud, pero **dentro de un período máximo de 7 días calendario** luego de haber recibido la apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que usted compró **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos y se le informará cómo puede presentar una apelación.
- Deberemos darle una respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su apelación.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En ese caso, lo revisará una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si **aceptamos** su solicitud en forma total o parcial, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario luego de haber recibido su solicitud.
- Si **rechazamos** su solicitud en forma total o parcial, le enviaremos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, debe utilizar el proceso de Apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

> El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es **“Entidad de Revisión Independiente”,** también llamada **“IRE”.**

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro profesional que expide recetas debe comunicarse con la IRO **por escrito** y pedir una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta con las **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones le explicarán quién puede presentar una Apelación de Nivel 2, los plazos que debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presente una apelación a la IRO, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina el "expediente de su caso". **Usted tiene derecho a solicitar sin cargo una copia del expediente de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de Medicare Part D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su estado de salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas** luego de recibir su solicitud de apelación.
- Si **aceptan** su solicitud en forma total o parcial, debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobados **en un plazo de 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación por el pago de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** su solicitud en forma total o parcial:

- Debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada **en un plazo de 72 horas** luego de haber recibido la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario luego de haber recibido la decisión de la IRO.

- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO **Rechaza** su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza el valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que se le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud reúne los requisitos, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego de un Nivel 2.
- Si la IRO **Rechaza** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelación, usted:
  - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
  - Consulte la carta que la IRO le envió después de su apelación de Nivel 2 para obtener información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. 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. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro.*

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También le ayudarán a programar la atención que pueda necesitar después de ser dado de alta.

- El día que usted se va del hospital se denomina “fecha del alta.”
- Su médico o el personal del hospital le informará cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de salir del hospital, puede solicitar una internación más prolongada. En esta sección, se explica cómo realizar una solicitud.

H1. Conocer sus derechos de Medicare

En el plazo de dos días a partir de su admisión en el hospital, un empleado del hospital, como un enfermero o asistente social, le entregarán una notificación por escrito denominada “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos.” Toda persona con Medicare recibe una copia de esta notificación cuando es admitida en un hospital.

Si usted no recibe la notificación, solicítesela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros, a los números que figuran 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 la notificación** detenidamente y haga preguntas si no comprende. La notificación le informa sobre sus derechos como paciente internado, 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.
- **Firmar la notificación** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
    - Usted o una persona que actúe en su nombre puede firmar la notificación.
    - Firmar la notificación **solo** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan informado.
- **Conserve su copia** de la notificación firmada, de manera que tenga la información si la necesita.

Si firma la notificación con más de dos días de antelación a la fecha en que debe dejar el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha de su alta.

Para ver una copia de la notificación por adelantado:

- Llame a Servicios para Miembros, a los números que figuran en la parte inferior de la página
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para pedir que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) realiza la revisión de la Apelación de Nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La QIO consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para los beneficiarios de Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En South Carolina, la QIO es Acentra Health: Organización para el Mejoramiento de la Calidad de South Carolina. Llámenos al 1-888-317-0751, TTY: 711. La información de contacto también se encuentra en la notificación, “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos,” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de irse del hospital y en un plazo no superior a la fecha planificada para su alta.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta sin pagar por ella mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, podrá pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

Solicite ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIP) de South Carolina al 1-800-868-9095 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local.

Solicite una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

> El término legal para **"revisión rápida"** es **"revisión inmediata"** o **"revisión acelerada."**

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar luego de la fecha de alta planificada. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores observarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nuestro plan les entregó.
- Al mediodía del día posterior a que los revisores nos describan su apelación, recibirá una carta que indique su fecha de alta planificada. La carta también da razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es la fecha de alta correcta que es médicamente adecuada para usted.

> El término legal para esta explicación escrita es **"Notificación Detallada del Alta."** Puede obtener una copia si llama a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplar del aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la QIO le dará una respuesta sobre su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Creen que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía, el día posterior a que la QIO le brinde la respuesta sobre la apelación.

- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la QIO le brinde la respuesta sobre su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para el alta.

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomó con respecto a la Apelación de Nivel 1. Llámenos al 1-888-317-0751, TTY: 711, de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. y los sábados, domingos y feriados de 11 a.m. a 3 p.m. Puede dejar un mensaje en cualquier momento.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de que la QIO haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalice la cobertura de la atención.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a analizar detenidamente toda la información sobre su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Le brindaremos servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le presentan una carta en la que se le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Solicitud para que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección se refiere solo a tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de cuidado de la salud a domicilio
- atención en un centro de enfermería especializada, **y**
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un 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 recibir 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 ese servicio, dejaremos de pagarlo.

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Notificación previa antes de que finalice su cobertura

Le enviamos una notificación escrita por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Esta se denomina “Notificación de No Cobertura de Medicare.” En la notificación, se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deberán firmar la notificación para dejar constancia que lo recibió. Firmar la notificación **solo** evidencia que recibió la información. La firma **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se describe el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Comprender y cumplir los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con los plazos. Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre los reclamos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
  - Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de la página.
  - Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), que en South Carolina se denomina I-CARE, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- **Comuníquese con la QIO.**
  - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
  - Pídale que revise su apelación y decida si desea cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápido y solicite una "apelación por vía rápida".** Pregunte a la QIO si es médicamente adecuado que cancelemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia en la "Notificación de No Cobertura de Medicare" que le enviamos.

> El término legal para la notificación escrita es **"Notificación de No Cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros, a los números que figuran en la parte inferior de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación por vía rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores también leerán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el plan les haya proporcionado.

- Nuestro plan también le envía una notificación escrita en la que se explican los motivos de la cancelación de la cobertura de sus servicios. Usted recibe la notificación al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación.

> El término legal para la explicación de la notificación es **"Explicación Detallada de No Cobertura".**

- Los revisores le informan su decisión dentro de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha en que le informamos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha en la notificación.
- Usted paga el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un CORF después de la fecha en que finaliza su cobertura
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le solicita a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomó con respecto a la Apelación de Nivel 1. Llámenos al 1-888-317-0751, TTY: 711, de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. y los sábados, domingos y feriados de 11 a.m. a 3 p.m. Puede dejar un mensaje en cualquier momento.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de que la QIO haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continuó con la atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a analizar detenidamente toda la información sobre su apelación.

- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le presentan una carta en la que se le informa qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador estará cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los 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.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no cumple con un cierto monto mínimo en dólares, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la IRO para su apelación de Nivel 2 explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **Acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4, junto con los documentos correspondientes. Tal vez esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en conflicto.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o abogado adjudicador.
    - Si el ALJ o abogado adjudicador **rechaza** su apelación, el proceso de apelación puede que no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar en el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o niega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede ser capaz de continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le informará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptarla** o **rechazarla**. Esta es la decisión definitiva. No habrá otras instancias de apelación contra la decisión del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Healthy Connections Medicaid

También tiene más derechos de apelación si su apelación tiene relación con los servicios o artículos que Healthy Connections Medicaid suele cubrir. La carta que reciba de la División de Apelaciones y Audiencias le dirá qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelaciones.

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 el defensor del pueblo llamando 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 (ALC). Si quiere solicitar una audiencia ante un ALC, complete el formulario “Solicitud de una Audiencia de Caso Impugnado”, disponible en www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf. Debe presentar este formulario dentro de los 30 días calendario desde la fecha en la que le notificaron de la decisión de nivel 2. Debe pagar una tarifa de $25 para presentar la apelación. Si no puede pagar la tarifa, puede presentar una “Solicitud de Eximición de la Tarifa.” Este formulario está disponible en www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf.

Si está apelando una decisión de Nivel 2 tomada en una audiencia, usted será responsable de pagar el costo de hacer una transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro escrito de la audiencia. El costo de una transcripción es alrededor de $16 por cada hora que el transcriptor dedique a tipear el documento.

Las reglas para apelar ante un ALC están disponibles en www.scalc.net/rules.aspx. Si no sigue estas reglas, es posible que rechacen su apelación.

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos de Medicare Part D

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el cual usted ha apelado cumple un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con los niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha finalizado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o abogado adjudicador **rechaza** su apelación, el proceso de apelación puede que no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha finalizado.
- Debemos autorizar o brindar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago antes de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación o niega la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede ser capaz de continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le informará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **aceptarla** o **rechazarla**. Esta es la decisión definitiva. No habrá otras instancias de apelación contra la decisión del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar un reclamo

K1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos

El proceso de presentación de reclamos se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas, como aquellos relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, se incluyen algunos ejemplos de los problemas gestionados mediante el proceso de reclamo.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor de atención de salud o el personal se comportaron de manera ofensiva o irrespetuosa con usted. • El trato de nuestro personal fue deficiente. • Considera que lo están desvinculando de nuestro plan.

Reclamo	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No puede acceder físicamente a los servicios de atención de salud e instalaciones del consultorio de un médico o proveedor. • Usted no habla inglés y su médico o proveedor no proporciona un intérprete para su idioma (por ejemplo, lenguaje de señas estadounidense o español). • Su proveedor no le brinda otras comodidades razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales médicos, Servicios para Miembros u otro personal del plan lo mantienen esperando demasiado tiempo.
Limpieza	• Usted considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	• Usted considera que no le proporcionamos una notificación ni una carta que debería haber recibido. • Usted considera que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.

Reclamo	Ejemplo
Puntualidad relacionada con las 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. • No cree que hayamos enviado su caso a tiempo a la IRO.

Hay diferentes clases de reclamos. Usted puede presentar un reclamo interno y/o uno externo. Los reclamos internos se presentan ante nuestro plan, y este es el encargado de revisarlos. Los reclamos externos se presentan ante una organización que no está afiliada a nuestro plan, y esa organización los revisa. Si necesita ayuda para hacer un reclamo interno y/o externo, puede llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior de esta página.

> El término legal para un “reclamo” es **“queja.”**
>
> El término legal para “hacer un reclamo” es **“presentar una queja.”**

K2. Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios para Miembros, al 1-833-998-5063 (TTY: 711). Puede hacer el reclamo en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de Medicare Part D. Si el reclamo está relacionado con un medicamento de Medicare Part D, debe hacerlo **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere hacer el reclamo.

- Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios para Miembros se lo comunicará.
- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si usted envía su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.

Appeals & Grievances Medicare Operations
Grievance Department
P.O. Box 10450
Van Nuys, CA 91410-0450

> **El término legal** para “reclamo rápido” es **“queja acelerada.”**

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama con un reclamo, quizás podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le brindemos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionaremos una actualización del estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si hace un reclamo porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o de “apelación rápida,” lo pasamos automáticamente al proceso de “reclamo rápido” y le respondemos en un plazo de 24 horas.
- Si hace un reclamo porque usamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o de apelación, lo pasaremos automáticamente al proceso de “reclamo rápido” y le responderemos en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad de su reclamo, le comunicaremos las razones. Responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

K3. Reclamos externos

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su reclamo o enviarlo a Medicare. El Formulario de Reclamos de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente un reclamo ante Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) antes de presentarlo ante Medicare.

Medicare toma muy en serio sus reclamos y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan de salud no le brinda una respuesta a su problema, puede llamar también al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Defensoría

Puede llamar a la Defensoría para informarle sobre su reclamo. No tienen relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono de la Defensoría es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada y los servicios son gratuitos.

Oficina para los Derechos Civiles (OCR)

Puede hacer un reclamo ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si cree que no recibió un trato justo. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre accesibilidad o asistencia de idiomas. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de OCR en la siguiente dirección:

Office for Civil Rights of the Southeast Region - Atlanta
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street, SW
Atlanta, GA 30303-8909

Es posible que también tenga derechos en virtud de la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y las leyes del estado. Puede ponerse en contacto con el Defensor del Pueblo para informarles sobre su reclamo. La defensoría no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa Defensor del Pueblo es 1-844-477-4632 (TTY: 711). Esta llamada y los servicios son gratuitos.

QIO

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede hacer su reclamo sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Puede hacer su reclamo a la QIO y ante nuestro plan. Si usted hace un reclamo ante la QIO, trabajaremos conjuntamente con ella para resolver su reclamo.

La QIO es un grupo de médicos en actividad y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*.

En South Carolina, la QIO se llama Acentra Health – Organización para el Mejoramiento de la Calidad de South Carolina. El número de teléfono de Acentra Health – Organización para el Mejoramiento de la Calidad de South Carolina es 1-888-317-0751. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Introducción

Este capítulo le informa sobre cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica 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 orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan 250

B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan 251

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado 252

C1. Sus servicios de Medicare 252

C2. Sus servicios de Healthy Connections Medicaid 257

D. Cómo obtener sus artículos, servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan 257

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía a nuestro plan 257

F. Restricciones para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud 259

G. Su derecho a hacer un reclamo si cancelamos su afiliación a nuestro plan 259

H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan 259

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante determinados momentos del año. Debido a que también tiene Healthy Connections Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, las reglas de Medicare establecen que puede cancelar su membresía o cambiarse de nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Abierta** es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes de inicio a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.er mes desde el inicio. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que usted sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- usted se muda fuera de nuestra área de servicios,
- sus requisitos de elegibilidad para Healthy Connections Medicaid o Ayuda Adicional cambian, **o**
- si recientemente se mudó, actualmente recibe atención o solo se mudó del centro de enfermería o de un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía de Medicare se cancelará el último día del mes en el que hayamos recibido su solicitud de abandonar nuestro plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, la cobertura de nuestro plan finalizará el 31 de enero. Si se inscribe en otro plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (en este ejemplo, el 1 de febrero). Su plan de Medicaid puede continuar por uno o dos meses después de que finalice su membresía en el plan de Medicare. Dependiendo de su plan de Medicare elegido, su plan de Medicaid también puede cambiar después de uno o dos meses. Si abandona nuestro plan dual para Medicare y se une a otro tipo de plan de Medicare, es posible que su Medicaid con nosotros no termine.

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en el cuadro de la **Sección C1**.
- Servicios de Medicaid en la **Sección C2.**

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su afiliación llamando a los números que figuran a continuación:

- Servicios para Miembros a los números que figuran en la parte inferior de esta página. El número para usuarios de TTY también aparece en la lista.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- South Carolina Healthy Connections al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.
- Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

NOTA: Si usted participa en un programa de manejo de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre los programas de manejo de medicamentos.

B. Cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Si decide terminar su membresía, puede hacerlo al inscribirse en otro plan de Medicare o cambiar a Original Medicare. Sin embargo, si usted desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras en que usted puede solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros al número al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare en caso de abandonar nuestro plan, consulte la tabla de la **Sección C1**.
- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices, al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. Dígales que desea abandonar Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) y unirse a un plan diferente. Si no está seguro de a qué plan quiere afiliarse, pueden

informarle sobre otros planes en su área. **En la Sección C** a continuación, se detallan los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, que también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado

Usted tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medicaid si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare que aparecen a continuación durante cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional enumerada a continuación durante ciertas épocas del año, incluidos el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, usted cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan.

1. Puede cambiar a:	Usted deberá hacer lo siguiente:
Otro plan que brinda sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Healthy Connections Medicaid en un solo plan, también conocido como un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) integrado o un plan del Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), si usted califica.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. También puede visitar www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members. Si necesita ayuda o más información: ● Después de comunicarse con Medicare para cambiar de plan, Medicare trabajará con Healthy Connections Medicaid para hacer el cambio. Para obtener más información sobre este proceso, puede llamar a South Carolina Healthy Connections Choices, al 1-877-552-4642, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. ● Puede llamar al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. **O** Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado.

	Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
2. Puede cambiar a: **Original Medicare con un plan independiente de medicamentos de Medicare**	**Usted deberá hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: ● Puede llamar al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. **O** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare. Usted continuará recibiendo sus servicios de Medicaid correspondientes a través de la misma compañía que ofrece su plan actual.

3. Puede cambiar a: **Original Medicare sin un plan de medicamentos Medicare por separado si usted tiene una razón válida de cancelación de la inscripción** **NOTA:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que le haya informado a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe renunciar a la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame a 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 pueden llamar al 711.	**Usted deberá hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: ● Puede llamar al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare. Usted continuará recibiendo sus servicios de Medicaid correspondientes a través de la misma compañía que ofrece su plan actual.

4. Puede cambiar a: **Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertas épocas del año, incluidos el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**.	**Usted deberá hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE), llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888- 549-0820. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620. También puede visitar www.scdhhs.gov/providers/managed-care/program-all-inclusive-care-elderly-pace/members. Si necesita ayuda o más información: ● Puede llamar al programa SHIP, I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. **O** Inscríbase en un nuevo plan de salud Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Usted continuará recibiendo sus servicios de Medicaid correspondientes a través de la misma compañía que ofrece su plan actual.

C2. Sus servicios de Healthy Connections Medicaid

Si abandona nuestro plan, obtendrá sus servicios de Healthy Connections Medicaid a través de un plan de Healthy Connections Medicaid Managed Care diferente, administrado por nuestra compañía. Esto se denomina plan de salud “alineado”.

Sus servicios de Healthy Connections Medicaid incluirán servicios cubiertos por el plan estatal de South Carolina, lo que incluye atención de salud conductual.

D. Cómo obtener sus artículos, servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede pasar un tiempo hasta que se cancele su afiliación y comience la nueva cobertura de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Durante este tiempo, usted continúa recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de venta por correo para surtir sus recetas.
- Si usted es hospitalizado el día que finaliza su membresía en Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su internación hasta que reciba el alta. Esto será así aunque su nueva cobertura de salud entre en vigor antes de que reciba el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía a nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si se produce un incumplimiento de su cobertura de Medicare Part A y Medicare Part B.
- Si ya no reúne los requisitos para Healthy Connections Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si ya no cumple los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan, su membresía en este plan terminará después de 3 meses (que es el período de elegibilidad continuada considerada para el plan). El período de elegibilidad continuada considerada comienza el primer día del mes siguiente al mes en que el estado nos notifique que usted ha perdido su condición de persona con necesidades especiales.

- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Si usted permanece fuera del área de servicios del plan por más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de servicios de nuestro plan.
- 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.
- Si no es un ciudadano estadounidense o un nacional estadounidense, o es un inmigrante no ciudadano elegible.
    - Debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o una persona que no sea ciudadana de los Estados Unidos pero que reúna los requisitos de elegibilidad.
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos informarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro.
    - Debemos cancelar la inscripción si usted no cumple con este requisito.

Si usted pierde su elegibilidad para Healthy Connections Medicaid, pero se espera que la recupere dentro de 3 meses, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP). Cuando termine su cobertura de Healthy Connections Medicaid, no pagaremos sus beneficios de Healthy Connections Medicaid. Pagaremos cualquier distribución de costos de Medicare que Healthy Connections Medicaid hubiera pagado si usted no hubiera perdido Healthy Connections Medicaid. Si tiene más preguntas, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página.

Le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para Healthy Connections Medicaid. Si se restablece la elegibilidad para Healthy Connections Medicaid mientras su inscripción con nosotros para la cobertura de Medicare continúa, reanudaremos el pago de sus beneficios de Healthy Connections Medicaid y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar Healthy Connections Medicaid en un plazo de 3 meses cancelaremos su inscripción de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad de Healthy Connections Medicaid después de que se le haya cancelado la inscripción, tendrá que ponerse en contacto con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos permiso de Medicare y Healthy Connections Medicaid:

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta en su solicitud de inscripción que podría afectar su elegibilidad para inscribirse en nuestro plan.
- Si usted continuamente se comporta de una manera disruptiva, que nos dificulta proporcionar cuidado médico para usted y otros miembros de nuestro plan.
- Si usted permite que otra persona utilice su Tarjeta de ID de Miembro para recibir atención médica. (Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por esta razón).

F. Restricciones para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud. Si considera que le estamos solicitando que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a hacer un reclamo si cancelamos su afiliación a nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos decirle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

H. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página.

Capítulo 11: Notificaciones legales

Introducción

En este capítulo, se describen las notificaciones legales que se aplican a su membresía a nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Notificación sobre leyes 261

B. Aviso de no discriminación 261

C. Notificación sobre Medicare como pagador secundario y Healthy Connections Medicaid como pagador de último recurso 261

D. Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan bajo su plan Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) 262

E. Tarjeta de membresía 264

F. Contratistas independientes 265

G. Fraude al plan de atención de salud 265

H. Circunstancias fuera del control del plan 265

A. Notificación sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas ni explicadas en el *Manual del Miembro*. Las leyes más importantes que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Healthy Connections Medicaid. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia sobre reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, realice los siguientes pasos:

- Llame a la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Comunicarse con la Oficina para los Derechos Civiles local. 1-800-521-0725.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene algún reclamo, como problemas para acceder en silla de ruedas, Servicios para Miembros podrá ayudarle.

C. Notificación sobre Medicare como pagador secundario y Healthy Connections Medicaid como pagador de último recurso

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 laboral 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.

Cumplimos con las leyes y regulaciones estatales y federales relativas a la responsabilidad legal de terceros en los servicios de atención de salud para sus miembros. Tomaremos todas las medidas razonables para garantizar que Healthy Connections Medicaid sea el pagador de último recurso.

D. Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan bajo su plan Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)

Cuando se lesiona

Si alguna vez se lesiona, se enferma o desarrolla una condición a través de las acciones de otra persona, compañía o usted mismo (una “parte responsable”), nuestro plan le proporcionará beneficios por los servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si usted recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o condición, ya sea a través de un acuerdo, juicio, o cualquier otro pago relacionado con su lesión, enfermedad o condición, nuestro plan y/o los proveedores de tratamiento conservan el derecho de recuperar el valor de cualquier servicio proporcionado a través de este plan de acuerdo con la ley estatal aplicable.

Como se utiliza en toda esta disposición, el término “parte responsable” significa cualquier persona o entidad real o potencialmente responsable de su lesión, enfermedad o condición. El término parte responsable incluye la responsabilidad u otra aseguradora de la persona o entidad responsable.

Algunos ejemplos de cómo podría lesionarse, enfermarse o desarrollar una condición a través de las acciones de una parte responsable incluyen, pero no se limitan a:

- tiene un accidente automovilístico;
- se patina y se cae en una tienda; o
- está expuesto a un producto químico peligroso en el trabajo.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todas y cada una de las cantidades que reciba de la parte responsable, incluidas, entre otras:

- pagos realizados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre del tercero;
- cobertura de automovilistas sin seguro o con un seguro insuficiente;
- protección contra lesiones personales, ausencia de fallos o cualquier otra cobertura de primera persona;

- Compensación a los Trabajadores o indemnización o liquidación por Discapacidad;
- cobertura de pagos médicos bajo cualquier póliza de automóvil, cobertura de seguros de locales o propietarios o cobertura general;
- cualquier fallo o acuerdo recibido de una demanda u otra acción legal; o bien
- cualquier otro pago de cualquier otra fuente recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Cuando acepta los beneficios de este plan, acepta que nuestro plan tiene un derecho prioritario de subrogación y reembolso que se adjunta cuando este plan ha pagado beneficios por los Servicios Cubiertos que recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante se recuperan, o tiene derecho a recuperar cualquier cantidad de una parte responsable.

Cuando acepta los beneficios bajo este plan, usted también (i) le asigna a nuestro plan su derecho a recuperar los gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los Servicios Cubiertos proporcionados por el Plan en relación con su lesión, enfermedad o condición, y (ii) acepta indicar específicamente a la parte responsable que reembolse directamente el plan en su nombre.

Cuando acepta los beneficios de este plan, usted también otorga a nuestro plan un gravamen de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo o juicio, u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios de los Servicios Cubiertos pagados en virtud del plan que estén asociados con su lesión, enfermedad o condición debido a las acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica independientemente de si las cantidades se identifican específicamente como una recuperación de los gastos médicos e independientemente de si usted es enteramente compensado por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan sin tener en cuenta ninguna reclamación de fallo por su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otro modo. No se pueden deducir honorarios de abogado de la recuperación de nuestro plan, y nuestro plan no está obligado a pagar o contribuir a pagar costos judiciales u honorarios de abogados para el abogado contratado con el fin de continuar la demanda o reclamo contra cualquier parte responsable.

Pasos que debe tomar

Si se lesiona, se enferma o desarrolla una condición debido a una parte responsable, debe cooperar con nuestro plan y/o los esfuerzos del proveedor de tratamiento para recuperar sus gastos, incluyendo:

- Decirle a nuestro plan o al proveedor de tratamiento, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o su abogado, si la sabe, el nombre y la dirección de su abogado, si está utilizando un abogado, el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros involucrada y una descripción de cómo se causó la lesión, enfermedad o condición.
- Completar cualquier papeleo que nuestro plan o el proveedor responsable pueda requerir razonablemente para ayudar a hacer cumplir el gravamen o el derecho de recuperación.
- Responder rápidamente a las preguntas de nuestro plan o del proveedor responsable sobre el estado del caso o reclamo y cualquier discusión sobre la solución.
- Notificar a nuestro plan inmediatamente cuando usted o su abogado reciban cualquier dinero de las partes responsables o de cualquier otra fuente.

Pagar el gravamen de atención médica o la cantidad de recuperación del plan de cualquier recuperación, acuerdo o juicio, u otra fuente de compensación, incluido el pago de todo el reembolso debido a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados bajo el plan que están asociados con su lesión, enfermedad o condición debida a una parte responsable, independientemente de si se identifica específicamente como recuperación de gastos médicos y de si se le ha compensado en forma total o completa por su pérdida;

- No hacer nada para perjudicar los derechos de nuestro plan como se establece arriba. Esto incluye, pero no se limita a, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir de la liquidación o recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de negar a nuestro plan su primer derecho de prioridad de recuperación o gravamen.
- Mantener en fideicomiso cualquier dinero que usted o su abogado reciban de las partes responsables, o de cualquier otra fuente, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor responsable, según corresponda, el importe de la recuperación debida al plan en cuanto se le pague y antes del pago de cualquier otro titular potencial de gravamen o tercero que reclame el derecho de recuperación.

Usted está obligado a cooperar con nosotros para obtener esas recuperaciones o sobrepagos.

E. Tarjeta de membresía

Una tarjeta de membresía emitida por nuestro plan conforme a este *Manual del Miembro* es para propósitos de identificación únicamente. La posesión de una tarjeta de membresía no confiere ningún derecho a servicios u otros beneficios bajo este *Manual del Miembro*. Para

tener derecho a servicios o beneficios bajo este *Manual del Miembro*, el titular de la tarjeta debe ser elegible para la cobertura y estar inscrito como miembro bajo este *Manual del Miembro*. Cualquier persona que reciba servicios a los que no tenga derecho conforme a este *Manual del Miembro* será responsable del pago de dichos servicios. Un miembro debe presentar la tarjeta de membresía del plan, no una tarjeta de Medicare, en el momento del servicio. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-998-5063 (TTY: 711) si necesita reemplazar su tarjeta de membresía.

F. Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y los proveedores participantes es una relación de contratista independiente. Los proveedores participantes no son empleados o agentes de nuestro plan y ni nuestro plan, ni ningún empleado de nuestro plan, es un empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso nuestro plan se hace responsable de la negligencia, actos ilícitos u omisiones de otros proveedores de atención médica. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el Miembro. Nuestro plan no es un proveedor de atención médica.

G. Fraude al plan de atención de salud

El fraude al plan de atención de salud se define como un engaño o una declaración falsa al plan por parte de un proveedor, miembro, empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede ser procesado. Cualquier persona que voluntariamente y a sabiendas participa en una actividad destinada a ocasionar fraude al plan de atención médica, por ejemplo, presentando un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa podría ser culpable de fraude al plan de atención de salud.

Si le preocupa cualquiera de los cargos que aparecen en un formulario de factura o explicación de beneficios, o si conoce o sospecha de alguna actividad ilegal, llame a la Línea de Atención Telefónica para Víctimas de Fraude gratuita de nuestro plan al 1-866-685-8664 (TTY: 711). La Línea de Atención Telefónica para Víctimas de Fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

H. Circunstancias fuera del control del plan

En la medida en que un desastre natural, guerra, disturbios, insurrección civil, epidemia, destrucción total o parcial de las instalaciones, explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, discapacidad del personal del grupo médico significativo, estado de emergencia

u otros eventos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, ocasionan que el personal o las instalaciones de nuestro plan no estén disponible para proporcionar u organizar servicios o beneficios bajo este *Manual del Miembro*, la obligación del plan de proporcionar tales servicios o beneficios se limitará al requisito de que nuestro plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar u organizar la provisión de tales servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus instalaciones o personal.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se usan en todo el *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término o si necesita más información, además de la incluida en la definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Actividades de la Vida Cotidiana (ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el AIDS (ADAP): Un programa que ayuda a que los individuos elegibles que viven con HIV/AIDS tengan acceso a los medicamentos para el HIV que pueden salvar sus vidas.

Centro de cirugía ambulatoria: 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 de oponerse a nuestras acciones si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Salud conductual: Un término integrador que hace referencia a los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

Producto Biológico: Un medicamento que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto Biológico Original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: Un producto biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar Intercambiable”).

Medicamento de marca: Un medicamento fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo fabricó. Los medicamentos de marca poseen los mismos ingredientes que sus versiones genéricas. Los medicamentos genéricos suelen fabricarse y venderse a través de otras empresas farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que no finaliza la patente del medicamento de marca.

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: Consulte “Plan de Atención Individualizado.”

Equipo de Atención: Consulte “Equipo de Atención Interdisciplinaria.”

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro,* se explica cómo comunicarse con el CMS.

Reclamo: Una declaración verbal o por escrito con la que se manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de la atención, y los proveedores y las farmacias de la red. El nombre formal para “hacer un reclamo” es “presentar una queja”.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): Un centro donde se proporcionan, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. En él, se brinda una variedad de servicios, incluida la fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, la terapia ocupacional, la terapia del habla y los servicios de evaluación del entorno doméstico.

Copago: Un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe determinados servicios. Por ejemplo, usted puede pagar $2 o $5 por un servicio.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro,* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta y a los de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos que requieren receta y de venta libre, los equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

Capacitación sobre competencia cultural: Educación que ofrece a nuestros proveedores de atención médica capacitación adicional para entender mejor sus antecedentes, sus valores y sus creencias, para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Cancelación de la inscripción: El proceso para cancelar su membresía a nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (ajena a su voluntad).

Programa de Manejo de Medicamentos (DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides recetados y otros medicamentos de uso frecuente.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos incluidos en nuestra *Lista de Medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* pertenece a uno de seis niveles.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): Plan de salud que presta servicios a las personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (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 IV, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer). Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica o de la salud conductual.

Excepción: Un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

Servicios Excluidos: Servicios que su plan de salud no cubre.

Ayuda Adicional: Es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de Medicare Part D, como primas, deducibles y copagos. Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos”, o “LIS”.

Medicamento genérico: Un medicamento, que cuenta con la aprobación de la FDA para utilizase en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que uno de marca. En general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.

Queja: Un reclamo que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Se incluyen los reclamos por la calidad de su atención o la calidad del servicio provisto por su plan de salud.

Plan de salud: Una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye Coordinadores de Atención que ayudan en la gestión de todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): Una reseña de su historia clínica y su condición médica actual. Se utiliza para conocer su estado de salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Healthy Connections Medicaid: Este es el nombre del programa Medicaid de South Carolina. Healthy Connections Medicaid es gestionado por el Estado y financiado por el Gobierno estatal y federal. Ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo, y los costos médicos. Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.

Consulte el **Capítulo 2** para obtener información sobre cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid.

Asistente de salud a domicilio: Una persona que presta servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda en el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los asistentes de salud a domicilio no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Centro de cuidado para pacientes terminales: Un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con diagnóstico terminal a vivir cómodamente. Un diagnóstico terminal significa que una persona está certificada médicamente con una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de seis meses o menor.

- Un afiliado que tiene una enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidado para pacientes terminales.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención integral para la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

- Estamos obligados a brindarle una lista de proveedores de centros de cuidado para pacientes terminales de su área geográfica.

Facturación incorrecta/inadecuada: Se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura un monto superior al de nuestro monto de distribución de costos por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no comprende.

Debido a que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe pagar ninguna distribución de costos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Organización de Revisión Independiente (IRO): Organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente.**

Plan de Atención Individualizado (ICP o Plan de Atención): Un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, y servicios y apoyo a largo plazo.

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.

D-SNP Integrado: Un plan de necesidades especiales doblemente elegible que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un único plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se conocen como personas con doble elegibilidad con beneficios completos. Nuestro plan de salud es un D-SNP integrado.

Biosimilar intercambiable: Biosimilar que se puede sustituir en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT o Equipo de atención): Un equipo de atención que podría incluir médicos, enfermeros, asesores y otros profesionales de la salud que están para ayudarle a recibir la atención que usted necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a crear un plan de atención.

***Lista de Medicamentos* Cubiertos (*Lista de Medicamentos*):** Una lista de medicamentos con receta y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos 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. En ocasiones, la *Lista de Medicamentos* se denomina “cuadro básico”.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo que ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no deba ir a un centro de enfermería o al hospital. Los LTSS incluyen los Servicios Comunitarios para Adultos y los Centros de Enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional”

Organización de Atención Administrada: Un plan de salud que presta servicios a los miembros sobre la base del riesgo a través de una red de proveedores empleados o afiliados.

Medicaid (o Medical Assistance): Es un programa administrado por el estado y el gobierno federal que ayuda a las personas de recursos e ingresos limitados a pagar asistencia y servicios a largo plazo y a cubrir costos médicos.

Médicamente necesario: Los servicios, los suministros o los medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención para evitar que vaya a un hospital o a un centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas de menos de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (en general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también llamado “Medicare Part C” o “MA”, que ofrece planes de MA a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías por cubrir sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

Servicios Cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que son cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B.

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP): Un programa sanitario estructurado para el cambio de comportamiento, que proporciona una capacitación práctica para cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar retos de mantenimiento de la pérdida de peso y de un estilo de vida saludable.

Afiliado de Medicare-Medicaid: Una persona que reúne los requisitos para tener la cobertura de Medicare y Medicaid. Un afiliado de Medicare y Medicaid también se denomina "persona con doble elegibilidad".

Medicare Part A: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centro de enfermería especializada, cuidado de la salud a domicilio y centro de cuidados para pacientes terminales médicamente necesarios.

Medicare Part B: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Part C: El programa de Medicare, también conocido como "Medicare Advantage" o "MA", que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un Plan MA.

Medicare Part D: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Para abreviar, a este programa lo denominamos "Parte D". Medicare Part D cubre medicamentos, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios, que no cubren Medicare Part A o Medicare Part B ni Medicaid. Nuestro plan incluye Medicare Part D.

Medicamentos de Medicare Part D: Medicamentos cubiertos por Medicare Part D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de Medicare Part D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM): Un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se proporciona a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Persona con cobertura de Medicare y Medicaid que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

***Manual del Miembro* 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 miembro de nuestro plan.

Servicios para Miembros: Un departamento de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: Una farmacia (tienda de medicamentos) que ha acordado abastecer recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubriremos las recetas solo 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 nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran un monto adicional a nuestros miembros.
- Mientras sea miembro de 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”.

Centro de convalecencia o centro de enfermería: Un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Defensor o Defensoría: Una oficina en su estado que actúa como defensor en su representación. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarlo a entender qué debe hacer. Sus servicios son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual del Miembro*.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro,* se explican las decisiones de cobertura.

Producto Biológico Original: Un producto biológico aprobado por la FDA y que sirve como comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare Tradicional o el Plan de Cargo por Servicio de Medicare): El gobierno ofrece Original Medicare. Conforme a Original Medicare, los servicios se cubren pagando a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Medicare Part A (seguro de hospital) y Medicare Part B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no quiere pertenecer a nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas 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 cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro,* se describen los centros o proveedores fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (OTC): Todo medicamento o medicina de venta libre que una persona puede comprar sin una receta emitida por un profesional de la salud.

Parte A: Consulte “Medicare Part A.”

Parte B: Consulte “Medicare Part B.”

Parte C: Consulte “Medicare Part C.”

Parte D: Consulte “Medicare Part D.”

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Part D.”

Información de salud personal (también llamada Información de salud protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte la Notificación de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI y sus derechos en relación con su PHI.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor al que se acude primero 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 acudir al proveedor de atención primaria antes que a cualquier otro proveedor de atención de salud.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para saber cómo obtener atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): Una aprobación que usted debe obtener de nuestra parte antes de recibir un servicio o un medicamento específicos, o de atenderse con un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que nuestro plan no cubra los servicios o los medicamentos.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra PA.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están descritos en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un nivel más alto de atención para vivir en casa.

Prótesis y Aparatos Ortopédicos: Dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica, que 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, incluidos los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga la QIO para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre la QIO.

Límites de cantidad: Un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podemos limitar los montos de los medicamentos que cubrimos por receta.

Real Time Benefit Tool (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real): Un portal o una aplicación informática en la cual los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada, de los medicamentos cubiertos específicos del afiliado y de los beneficios. Esto incluye cantidades de distribución de costos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento dado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Remisión del médico: Una remisión del médico es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para consultar a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión del médico para acudir a determinados especialistas, como un especialista en salud de la mujer. Puede obtener más información sobre las remisiones en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*.

Servicios de rehabilitación: El tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicios: Un área geográfica en la que el plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el área donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicios pueden obtener nuestro plan.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería 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.

Cuidado en un Centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación recibidos de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos del cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) 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.

Audiencia ante el Estado: Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Healthy Connections Medicaid que no aprobaremos o no seguiremos pagando por un servicio de Healthy Connections Medicaid que usted ya recibe, podrá solicitar una Audiencia ante el Estado. Si se le da la razón en esta audiencia, debemos brindarle el servicio que usted solicitó.

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que exige que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI): Beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidades, ceguera o que tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Cuidado urgentemente necesario: Es la atención que se obtiene por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener cuidado urgentemente necesario de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a este porque, debido a la hora, el lugar o las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero que no es una emergencia médica).

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Servicios para Miembros de Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP)

LLAME AL	1-833-998-5063 Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que en el horario fuera de atención, los fines de semana y los días festivos, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono y un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día laborable. Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número de teléfono requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
ESCRIBA A	Wellcare Absolute Total Care Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10050 Van Nuys, CA 91410-0050
SITIO WEB	go.wellcare.com/ATC

Declaración de Divulgación de PRA *Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información, a menos que la solicitud de recopilación tenga un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*