# *Manual del miembro* de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)

H6971_001_2026_IL_EOC_DSNP_4609038SPA_C 4636726_IL6CNCEOCSPA_M_0001

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º 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/MeridianIL.

**1.º de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026**

# Su salud y cobertura de medicamentos bajo Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)

## Introducción al *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro,* también conocido como la *Evidencia de cobertura.* le informa sobre la cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Explica los servicios de atención de salud, los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual del miembro*.

**Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Cuando este *Manual del miembro* dice “nosotros”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP).

Este documento está disponible gratis en español.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Para ello, llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de esta página. La llamada es gratuita.

Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única de materiales en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, llame a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al 1 844-536-2180 (Los usuarios TTY deben llamar al 711). Guardaremos su elección. Entre el 1.º 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.º 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.

# Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) 2026

## *Manual del miembro*

## Contenido

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro .....5
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes .....17
Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para su atención de salud y otros servicios cubiertos .....41
Capítulo 4: Tabla de beneficios..... 62
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios .....150
Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare y de Illinois Medicaid... 177
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted obtuvo por servicios o medicamentos cubiertos .....188
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....195
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos .....210
Capítulo 10: Finalización de la membresía en nuestro plan .....263
Capítulo 11: Avisos legales.....276
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes .....285

## Descargos de responsabilidad

- Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP que tiene contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen contrato con el programa Medicaid estatal. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de atender a los miembros de un plan, excepto en casos de emergencia. Si quiere obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red, llame al número de Servicios al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura.
- Según una revisión del modelo de atención, el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) aprobó a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) para operar como un plan para personas con necesidades especiales (SNP) hasta 2028.
- Los beneficios o copagos pueden cambiar el 1.º de enero de 2027.
- Los medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

# Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

## Introducción

Este capítulo incluye información sobre Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP), un plan de salud que *cubre* todos sus servicios de Medicare e Illinois Medicaid, y su membresía en estos servicios. También le indica qué esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

## Contenido

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan ....7

B. Información sobre Medicare e Illinois Medicaid ....7

B1. Medicare ....7

B2. Illinois Medicaid ....7

C. Ventajas de nuestro plan ....8

D. El área de servicios de nuestro plan ....9

E. Criterios de elegibilidad para ser miembro del plan ....9

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud ....10

G. Su equipo y plan de atención ....11

G1. Equipo de atención ....11

G2. Plan de atención ....11

H. Resumen de costos importantes ....12

I. Acerca de este *Manual del miembro* ....12

J. Otra información importante que le enviamos ....12

J1. Su tarjeta de ID de miembro ....12

J2. *Directorio de proveedores y farmacias* ....13

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*.....14

J4. El *Explicación de beneficios* .....15

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....15

K1. Privacidad de la información de salud personal (PHI) .....16

## A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare e Illinois Medicaid a las personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

## B. Información sobre Medicare e Illinois Medicaid

### B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

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

### B2. Illinois Medicaid

Illinois Medicaid es el nombre del programa Medicaid de Illinois. Illinois Medicaid es administrado por el estado y pagado por el gobierno estatal y federal. Illinois Medicaid ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos;
- quién es elegible;
- qué servicios están cubiertos; **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que sigan las normas federales.

Medicare y el estado de Illinois aprobaron nuestro plan. Puede obtener servicios de Medicare e Illinois Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

- decidamos ofrecer el plan; **y**
- Medicare y el estado de Illinois nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Aunque nuestro plan deje de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medicaid de Illinois no se verá afectada.

## C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos los servicios cubiertos de Medicare e Illinois Medicaid de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No tiene que pagar dinero adicional para inscribirse en este plan de salud.**

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

- Puede trabajar con nosotros para **la mayoría** de sus necesidades de atención de salud.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a formar. El equipo de atención puede estar compuesto por usted, sus cuidadores, médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de la atención, Es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudarle a elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de la atención.
- El equipo de atención y el coordinador de la atención trabajarán con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
    - Los médicos conocen todos los medicamentos que usted toma, por lo que pueden asegurarse de que los toma correctamente y reducir los efectos secundarios que pueda tener a causa de los medicamentos.
    - Los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

## D. El área de servicios de nuestro plan

Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados en Illinois: Adams, Alexander, Bond, Boone, Brown, Bureau, Calhoun, Carroll, Cass, Champaign, Christian, Clark, Clay, Clinton, Coles, Cook, Crawford, Cumberland, De Witt, Dekalb, Douglas, Dupage, Edgar, Edwards, Effingham, Fayette, Ford, Franklin, Fulton, Gallatin, Greene, Grundy, Hamilton, Hancock, Hardin, Henderson, Henry, Iroquois, Jackson, Jasper, Jefferson, Jersey, Jo Daviess, Johnson, Kane, Kankakee, Kendall, Knox, La Salle, Lake, Lawrence, Lee, Livingston, Logan, Macon, Macoupin, Madison, Marion, Marshall, Mason, Massac, Mcdonough, Mchenry, Mclean, Menard, Mercer, Monroe, Montgomery, Morgan, Moultrie, Ogle, Peoria, Perry, Piatt, Pike, Pope, Pulaski, Putnam, Randolph, Richland, Rock Island, Saline, Sangamon, Schuyler, Scott, Shelby, St. Clair, Stark, Stephenson, Tazewell, Union, Vermilion, Wabash, Warren, Washington, Wayne, White, Whiteside, Will, Williamson, Winnebago, Woodford.

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

**No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera del área de servicios.** Consulte la **Sección I** del **Capítulo 8** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicios.

## E. Criterios de elegibilidad para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre que:

- viva en nuestra área de servicios (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicios aunque se encuentren físicamente en ella);
- tenga Medicare Part A **y** Medicare Part B;
- sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre en los Estados Unidos de manera legal;
- sea actualmente elegible para obtener Illinois Medicaid; **y**
- esté inscrito en la categoría de asistencia de Medicaid para personas mayores, no videntes y con discapacidad, o en la categoría de asistencia de FamilyCare.

También es elegible si cumple con todos los demás criterios de D-SNP anteriores y:

- está en una de las siguientes exenciones de Medicaid 1915(c):
    - personas mayores;

- personas con discapacidades;
- personas con HIV (virus de inmunodeficiencia humana)/sida;
- personas con lesión cerebral; o
- personas que residen en centros de vivienda con apoyo.

- Tiene enfermedad renal terminal (ESRD) en el momento de la inscripción.

Si pierde la elegibilidad, pero se espera que la recupere dentro de seis meses, sigue siendo elegible para nuestro plan. La **Sección C del Capítulo 4** le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período.

Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

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

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgo de salud (HRA) dentro de los 90 días posteriores a su inscripción.

Debemos completar una HRA por usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud del comportamiento, funcionales, sociales, cognitivas y sociales relacionadas con la salud.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA en persona, por teléfono o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si es la primera vez que se inscribe en un plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP), puede seguir acudiendo a los médicos que consulta ahora durante 180 días. Si se cambió a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) desde otro plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP), puede seguir acudiendo a los médicos que consulta ahora durante 90 días. Hay circunstancias especiales en las que puede seguir acudiendo a sus médicos durante más tiempo. Llame a su coordinador de la atención asignado o a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página para obtener más información. Después de que el equipo de atención descrito en la **Sección G1** se comunique con usted, pueden ayudarle a coordinar toda su atención y servicios. Deberá acudir a médicos y otros proveedores de la red de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte la **Sección D** del **Capítulo 3**, para obtener más información sobre cómo obtener atención.

# G. Su equipo y 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, un coordinador de la atención u otro profesional de la salud que usted elija.

Un coordinador de la atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Obtiene un coordinador de la atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también le remitirá a otros recursos comunitarios que nuestro plan podría no brindar y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de la atención y su equipo de atención.

## G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de salud del comportamiento, LTSS, necesidades sociales relacionadas con la salud y funcionales. Incluye objetivos identificables de tratamiento y servicios a corto y largo plazo para abordar sus necesidades. Incluye preferencias y formas de registrar su progreso y necesidades cambiantes. Incluye sus preferencias personales o culturales, su preferencia de proveedores y cualquier característica preferida, como el género o el idioma; servicios cubiertos y no cubiertos para abordar cada necesidad identificada, siempre que el plan no tenga que pagar por servicios no cubiertos; acciones e intervenciones necesarias para lograr los objetivos de su plan de atención; seguimiento y evaluación; enfoques colaborativos que se utilizarán; resultado y objetivos deseados, tanto clínicos como no clínicos; diversos obstáculos; partes responsables; remisiones permanentes; recursos comunitarios; apoyo informal; plazos para completar las acciones; estado de sus objetivos, visitas al hogar según sea necesario y apropiado; arreglos de planes de respaldo para servicios críticos; planes de seguridad para crisis si tiene una condición de salud del comportamiento; y planes de programas de bienestar.

Su plan de atención incluye:

- sus objetivos de atención de salud; **y**
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reunirá con usted después de la HRA. Le preguntarán sobre los servicios que necesita. También le informarán sobre los servicios que podría querer recibir. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

## H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene prima.

## I. Acerca de este *Manual del miembro*

Esto *Manual del miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte las **Secciones F y G** del **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar el *Manual del miembro* llamando a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual del miembro* en nuestro sitio web, en la dirección que figura en la parte inferior de la página.

El contrato estará vigente durante los meses que dure su inscripción en nuestro plan, entre el 1.º de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

## J. Otra información importante que le enviamos

Otra información importante que le brindamos incluye su tarjeta de identificación (ID) de miembro, un *Directorio de proveedores y farmacias* y una *Lista de medicamentos cubiertos,* también conocida como *Lista de medicamentos* o *Formulario*.

### J1. Su tarjeta de ID de miembro

Con nuestro plan, usted tiene una tarjeta para los servicios de Medicare e Illinois Medicaid, incluidos los LTSS, ciertos servicios de salud del comportamiento y los medicamentos recetados. Muestre esta tarjeta cuando obtenga servicios o medicamentos recetados. Este es un ejemplo de tarjeta de ID de miembro:

Si su tarjeta de ID de miembro se daña, la pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Medicaid de Illinois 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 identificación (ID) de miembro, el proveedor podría facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Es posible que le pidan que muestre la tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios o servicios para enfermos terminales, o si participa en estudios de investigación clínica (también llamados ensayos clínicos) aprobados por Medicare. Consulte la **Sección A** del **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

### J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe acudir a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página. Si solicita copias impresas de los Directorios de proveedores y farmacias, se las enviaremos por correo postal dentro de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en go.wellcare.com/2026providerdirectories.

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los números de teléfono, direcciones, horarios de atención e información adicional de todos nuestros proveedores y farmacias dentro de la red.

**Definición de proveedores de la red**

- Los proveedores de nuestra red incluyen:
    - médicos, personal de enfermería y otros profesionales de atención de salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
    - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; **y**
    - LTSS, servicios de salud del comportamiento, agencias de servicios de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros proveedores de bienes y servicios que obtiene a través de Medicare o Medicaid.

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

**Definición de farmacias de la red**

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir medicamentos recetados cubiertos a los miembros de nuestro plan. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus medicamentos recetados en una de las farmacias de nuestra red si quiere que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página. Tanto Servicios al Miembro como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

## J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*, a la cual llamamos *Lista de medicamentos* para abreviar. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos* a menos que se hayan quitado y reemplazado como se describe en

la **Sección E** del **Capítulo 5**. Medicare aprobó la *Lista de Medicamentos* de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP).

La *Lista de medicamentos* también le informa si hay alguna regla o restricción para algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Para obtener más información, consulte la **Sección C** del **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.

Todos los años, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero podría haber cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web en la dirección que figura en la parte inferior de la página.

### J4. El *Explicación de beneficios*

Cuando usa sus beneficios de medicamentos de Medicare Part D, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos de Medicare Part D. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (EOB).

La EOB le indica el monto total que usted, u otras personas en su nombre, gastaron en sus medicamentos de Medicare Part D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de sus medicamentos de Medicare Part D durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. La **Sección A** del **Capítulo 6** de este *Manual del miembro* brinda más información sobre la EOB y cómo le ayuda a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página.

## K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía si nos informa cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de tener su información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de su costo compartido. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su 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 compensación de trabajadores;
- cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico;
- admisión en un centro de enfermería u hospital;
- atención de un hospital o sala de emergencias;
- cambios en sus cuidadores (o en cualquier persona responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que tenga intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

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

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

La información en su registro de membresía podría incluir información de salud personal (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte la **Sección C** del **Capítulo 8** de este *Manual del miembro*.

# Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

## Introducción

En este capítulo, encontrará información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención de salud. También puede consultar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de la atención y otras personas para que aboguen 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 al Miembro ..... 19

B. Su coordinador de la atención ..... 23

C. Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores de Illinois (SHIP) ..... 25

D. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) ..... 27

E. Medicare ..... 28

F. Illinois Medicaid ..... 30

G. Programa de atención en el hogar de la Oficina de la Defensoría de Illinois ..... 31

H. Programa de atención a largo plazo de la Oficina de la Defensoría de Illinois (LTCOP) ..... 32

I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos ..... 33

I1. Ayuda Adicional de Medicare ..... 33

I2. Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida (ADAP) ..... 33

J. Seguro Social. ..... 34

K. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) ..... 35

L. Otros recursos ..... 36

## A. Servicios al Miembro

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-844-536-2180 La llamada es gratuita.<br>Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, nuestros representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda a su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono. Un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil.<br>Disponemos de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711. La llamada es gratuita.<br>Entre el 1.º 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.º de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. |
| **CORREO POSTAL** | Wellcare By Meridian<br>P.O. Box 10050<br>Van Nuys, CA 91410-0050 |
| **SITIO WEB** | go.wellcare.com/MeridianIL |

Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre el plan;
- preguntas sobre reclamaciones o facturación.

**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º 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/MeridianIL.

- decisiones de cobertura sobre su atención de salud.
    - Una decisión de cobertura sobre su atención de salud es una decisión sobre lo siguiente:
        - sus beneficios y servicios cubiertos; **o**
        - el monto que pagamos por sus servicios de salud.
    - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura de su atención de salud.
    - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la **Sección E** del, **Capítulo 9**, de este *Manual del miembro*.
- apelaciones sobre su atención de salud
    - Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no estamos de acuerdo con la decisión.
    - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte la **Sección F**, **del Capítulo 9**, de este *Manual del miembro* o comuníquese con Servicios al Miembro.
- reclamos sobre su atención de salud
    - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor (incluidos proveedores dentro o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentarnos un reclamo a nosotros o a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte **Sección D**).
    - Puede llamarnos y explicarnos su reclamo al 1-844-536-2180 (TTY: 711).
    - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura de su atención de salud, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior, **Sección A**).
    - Puede enviar un reclamo sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
    - Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo sobre su atención de salud, consulte la **Sección K** del **Capítulo 9**, de este *Manual del miembro*.

- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
    - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
        - sus beneficios y medicamentos cubiertos; **o**
        - el monto que pagamos por sus medicamentos.
    - Esto se aplica a sus medicamentos de Medicare Part D, Medicamentos recetados de Medicaid y medicamentos de venta libre de Medicaid.
    - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos, consulte la **Sección G**, **del Capítulo 9**, de este *Manual del miembro*.
- apelaciones sobre sus medicamentos;
    - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
    - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte la **Sección G** del **Capítulo 9** de este Manual del miembro.
- reclamos sobre sus medicamentos
    - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos.
    - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior, **Sección A**)
    - Puede enviar un reclamo sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
    - Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo sobre sus medicamentos, consulte la **Sección K** del **Capítulo 9**, de este *Manual del miembro*.

- pago de atención de salud o medicamentos que ya pagó
    - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura, consulte la **Sección A**, del **Capítulo 7**, de este *Manual del miembro*.
    - Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Secciones F y G** del **Capítulo 9**, de este Manual del miembro.

## B. Su coordinador de la atención

El objetivo del coordinador de la atención es ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud mientras coordina sus servicios para ayudarle a tener una mejor calidad de vida. Esta persona ayuda a administrar su atención mediante la coordinación con todos sus proveedores para garantizar que usted reciba los servicios y la atención que necesita.

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-844-536-2180 La llamada es gratuita.<br>Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, nuestros representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda a su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono. Un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil.<br>Disponemos de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711. Esta llamada es gratuita.<br>Entre el 1.º 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.º de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. |
| **CORREO POSTAL** | Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)<br>P.O. Box 10050<br>Van Nuys, CA 91410-0050 |
| **SITIO WEB** | go.wellcare.com/MeridianIL |

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

- Preguntas sobre su atención de salud.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias).

**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º 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/MeridianIL.

- Preguntas sobre transporte.
- Si su proveedor o coordinador de la atención cree que usted puede ser elegible para recibir atención a largo plazo o apoyo y servicios adicionales para que permanezca en su hogar, le remitirán a una agencia que decidirá si usted es elegible para esos servicios.
- A veces, puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención de salud y de vida. Es posible que pueda obtener estos servicios:
    - atención de enfermería especializada;
    - asistente personal;
    - ama de casa;
    - cuidado diurno para adultos;
    - sistema de respuesta de emergencia en el hogar;
    - fisioterapia;
    - terapia ocupacional;
    - terapia del habla;
    - atención de salud en el hogar;
    - habilitación diurna;
    - comidas a domicilio;
    - servicios de salud en el hogar;
    - modificaciones en el hogar;
    - servicios de enfermería;
    - atención de relevo;
    - equipos y suministros médicos duraderos especializados.

## C. Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores de Illinois (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare de forma gratuita. En Illinois, el SHIP se llama Programa de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad.

El Programa de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad es un programa estatal independiente (que no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-800-252-8966<br>De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. |
| **TTY** | 1-888-206-1327<br>De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. |
| **CORREO POSTAL** | Senior Health Insurance Program<br>Illinois Department on Aging<br>One Natural Resources Way, Suite 100<br>Springfield, IL 62702-1271 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | Aging.ship@illinois.gov |
| **SITIO WEB** | ilaging.illinois.gov/ship.html |

Comuníquese con el Programa de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre Medicare;
- programa de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad Los asesores pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarle con lo siguiente:
    - entender sus derechos;
    - entender sus opciones de planes;
    - responder preguntas sobre cómo cambiar de plan;
    - presentar 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 tiene una organización llamada Commence Health. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente que no está relacionada con nuestro plan.

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | Número gratuito 1-888-524-9900 |
| **TTY** | Número gratuito de TTY: 1-888-985-8775<br>Este número es para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| **CORREO POSTAL** | BFCC-QIO Program<br>Commence Health<br>PO Box 2687<br>Virginia Beach, VA 23450 |
| **SITIO WEB** | www.livantaqio.com/ |

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos de atención de salud
- hacer un reclamo sobre la atención que recibió si:
    - tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir el medicamento equivocado, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios, o recibir un diagnóstico erróneo;
    - considera que su hospitalización está finalizando demasiado pronto; **o**
    - considera que la atención de salud en el hogar, la atención en centros de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están finalizando demasiado pronto.

## E. Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contrato con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br>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.<br>Este número es para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| **CHAT EN VIVO** | Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone. |
| **CORREO POSTAL** | Escriba a Medicare a P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044. |

| | |
|---|---|
| **SITIO WEB** | www.medicare.gov<br>• Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan.<br>• Encuentre médicos u otros proveedores y proveedores de atención de salud que participan en Medicare.<br>• Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de bienestar).<br>• Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.<br>• Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, los centros de convalecencia, los hospitales, los médicos, las agencias de atención de salud en el hogar, los centros de diálisis, los centros de atención para pacientes terminales, los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y los hospitales de atención a largo plazo.<br>• Busque sitios web y números de teléfono útiles.<br>Para presentar un reclamo a Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma muy en serio sus reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. |

## F. Illinois Medicaid

Illinois Medicaid ayuda con los costos médicos y de servicios y apoyo y a largo plazo para personas con ingresos y recursos limitados.

Está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la Línea de Ayuda al Cliente del Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-800-843-6154<br>De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.<br>La llamada es gratuita. |
| **TTY** | 1-866-324-5553<br>De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.<br>La llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | DHS.BAH@illinois.gov |
| **SITIO WEB** | www.dhs.state.il.us/ |

Cómo comunicarse con la línea directa de beneficios de salud de Illinois

La línea directa sobre beneficios de salud del Departamento de Atención de Salud y Servicios para Familias de Illinois brinda información general sobre los beneficios de Medicaid.

LLAME AL 1-800-226-0768 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m. La llamada es gratuita.

TTY: 1-877-204-1012, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m. La llamada es gratuita.

SITIO WEB www.illinois.gov/

Este es el sitio web oficial de Medicaid. Le brinda información actualizada sobre Medicaid.

## G. Programa de atención en el hogar de la Oficina de la Defensoría de Illinois

El Programa de atención en el hogar de la Oficina de la Defensoría de Illinois trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarle a saber qué hacer. El Programa de atención en el hogar de la Oficina de la Defensoría de Illinois también le ayuda con problemas de servicio o facturación. No está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud, y sus servicios son gratuitos.

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-800-252-8966 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.<br>La llamada es gratuita. |
| **TTY** | 1-888-206-1327 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.<br>La llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| **CORREO POSTAL** | Home Care Ombudsman Program<br>Illinois Department on Aging<br>One Natural Resources Way, Suite 100<br>Springfield, IL 62702-1271 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | Aging.HCOProgram@illinois.gov |
| **SITIO WEB** | ilaging.illinois.gov/programs/ltcombudsman/the-home-care-ombudsman-program.html |

## H. Programa de atención a largo plazo de la Oficina de la Defensoría de Illinois (LTCOP)

El Programa de Atención a Largo Plazo de la Oficina de la Defensoría de Illinois (LTCOP) ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de convalecencia y a resolver problemas entre los centros de convalecencia y los residentes o sus familias.

El Programa de Atención a Largo Plazo de la Oficina de la Defensoría de Illinois (LTCOP) no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-800-252-8966 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.<br>La llamada es gratuita. |
| **TTY** | 1-888-206-1327 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.<br>La llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| **CORREO POSTAL** | Long-Term Care Ombudsman Program<br>Illinois Department on Aging<br>One Natural Resources Way, Suite 100<br>Springfield, IL 62702-1271 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | Aging.SLTCOProgram@illinois.gov |
| **SITIO WEB** | ilaging.illinois.gov/programs/ltcombudsman.html |

# I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) p brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, como se describe a continuación.

## I1. Ayuda Adicional de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo la Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada más para obtener esta Ayuda Adicional.

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br>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.<br>Este número es para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| **SITIO WEB** | www.medicare.gov |

## I2. Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida (ADAP)

ADAP ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con HIV/sida a tener acceso a medicamentos contra el HIV que salvan vidas. Los medicamentos de Medicare Part D que también están en el formulario del ADAP califican para la ayuda de costo compartido de los medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos contra el sida (ADAP) de Illinois.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y condición de HIV, bajos ingresos (según la definición del estado) y condición de no tener seguro o tener seguro insuficiente. Si cambia de plan, infórmele a su asistente local de inscripciones del ADAP para poder seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 217-524-5983.

## J. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la inscripción en Medicare.

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

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-800-772-1213<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.<br>Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar ciertos trámites las 24 horas del día. |
| **TTY** | 1-800-325-0778<br>Este número es para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| **SITIO WEB** | www.ssa.gov |

## K. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe cobertura de Medicare a través de la RRB, infórmele a la Junta en caso de mudarse o cambiar su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

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

## L. Otros recursos

Nos preocupamos por su seguridad, salud y bienestar. Es importante reconocer signos de abuso, negligencia y explotación, y reportarlos. De esa forma, podrá mantenerse a salvo y recibir la atención que necesita.

**Abuso** puede presentarse de muchas formas, por ejemplo:

- **Abuso físico:** uso no accidental de la fuerza que provoque lesiones corporales, dolor o impedimento. Incluye, entre otros, bofetadas, quemaduras, cortes, magulladuras o restricción física inapropiada.
- **Abuso verbal o emocional:** incluye, entre otros, insultos, intimidación, gritos e insultos. También puede incluir burlas, coacción y amenazas.
- **Abuso sexual:** cualquier comportamiento sexual o contacto físico íntimo que ocurra sin su permiso.
- **Abuso financiero:** cuando alguien usa su dinero sin su consentimiento. Esto incluye el uso indebido de la tutela o del poder notarial.
- **Negligencia:** la negligencia se produce cuando alguien no es capaz de satisfacer sus necesidades de vida o se niega a hacerlo. Esto incluye alimentos, vestimenta, refugio o atención médica.
- **Explotación:** el uso indebido o la retención de los bienes y recursos de un miembro (pertenencias y dinero). Esto incluye, entre otros, el uso indebido de las pertenencias o los recursos de la presunta víctima por mala influencia, violación de la relación financiera, fraude, engaño, extorsión o de cualquier manera que sea contraria a la ley.

Si sufre o cree que sufre abuso, negligencia o explotación, llame al número que corresponda a continuación para denunciar, prevenir o detener el abuso, la negligencia o la explotación.

| | |
|---|---|
| Para denunciar abusos de miembros adultos con discapacidad de entre 18 y 59 años que viven en la comunidad, llame a la Unidad de Servicios de Protección para Adultos de Illinois del Departamento de Asuntos sobre la Tercera Edad (DoA). | 1-866-800-1409<br>1-888-206-1327 (TTY) |

| | |
|---|---|
| Para denunciar abusos de miembros mayores de 60 años que viven en la comunidad, llame a la Unidad de Servicios de Protección para Adultos de Illinois del Departamento de la Tercera Edad (DoA). | 1-866-800-1409<br>1-888-206-1327 (TTY) |
| Para denunciar abusos de miembros en centros de convalencia, llame a la línea directa de reclamos sobre centros de convalencia del Departamento de Salud Pública. | 1-800-252-4343 |
| Para denunciar abusos de miembros en centros de vivienda con apoyo, llame a la línea directa de reclamos de centros de vivienda con apoyo. | 1-800-226-0768 |
| Llame a Servicios al Miembro o a su administrador de casos en cualquier momento para denunciar abuso, negligencia y explotación. Puede hacerlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. | 1-866-600-2139 (TTY: 711) |

## Servicios de inscripción de clientes de Illinois

Los Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois están disponibles para ayudarle a comparar planes.

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-877-912-8880<br>De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. |
| **TTY** | 1-866-565-8576<br>Este número es para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | hfs.webmaster@illinois.gov |
| **SITIO WEB** | enrollhfs.illinois.gov/en |

**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º 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/MeridianIL.

## Opciones de edad

Age Options es una organización sin fines de lucro que conecta a los adultos mayores y a quienes los cuidan con recursos y opciones de servicios para que puedan vivir sus vidas al máximo.

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-800-699-9043 |
| **TTY** | 1-708-524-1653<br>Este número es para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| **CORREO POSTAL** | Age Options<br>1048 Lake Street, Suite 300<br>Oak Park, IL 60301-1102 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | information@ageoptions.org |
| **SITIO WEB** | www.ageoptions.org/ |

## Access Living

Access Living es un agente de cambio comprometido con fomentar una sociedad inclusiva que permita a las personas con discapacidades de Chicago llevar una vida plenamente comprometida y autodirigida. El personal y los voluntarios combinan el conocimiento y la experiencia personal para ofrecer programas y servicios que equipan a las personas con discapacidad para que puedan defenderse por sí mismas.

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-312-640-2100 |
| **TTY** | 1-312-640-2102<br>Este número es para las personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. |
| **CORREO POSTAL** | Access Living<br>115 West Chicago Avenue<br>Chicago, IL 60654 |
| **SITIO WEB** | accessliving.org/ |

## Northeastern Illinois Agency on Aging

La agencia Agency on Aging actúa como enlace entre los programas y servicios locales, estatales y nacionales para personas mayores. Puede ayudar a conectar una amplia red de proveedores para personas mayores con quienes los necesitan. Trabaja para dar a los adultos mayores en riesgo la oportunidad de permanecer en sus propios hogares con dignidad y seguridad. La agencia defiende y colabora con las comunidades para preparar a las personas mayores y a las familias para el envejecimiento.

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-815-939-0727 |
| **CORREO POSTAL** | Northeastern Illinois Agency on Aging<br>PO Box 809<br>Kankakee, IL 60901 |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | info@ageguide.org |
| **SITIO WEB** | ageguide.org/ |

# Capítulo 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención de salud y otros servicios cubiertos

## Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que usted necesita conocer para obtener atención de salud y otros servicios cubiertos en nuestro plan. Aquí también se ofrece información acerca de su coordinador de la 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....43

B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan....43

C. Su coordinador de la atención....45

C1. Qué es un coordinador de la atención....45

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de la atención....45

C3. Cómo puede cambiar de coordinador de la atención....45

D. Atención de proveedores....45

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)....45

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red....47

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan....48

D4. Proveedores fuera de la red....49

E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)....50

F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por uso de sustancias)....50

G. Cómo obtener atención autodirigida ....51
G1. Qué es la atención autodirigida....51
G2. Quién puede obtener atención autodirigida....51
G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidado personal ....51
H. Servicios de transporte....52
I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando son urgentemente necesarios o durante un desastre ....52
I1. Atención en casos de emergencia médica ....52
I2. Atención urgentemente necesaria ....54
I3. Atención en caso de desastre ....55
J. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos ....56
J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios ....56
K. Cobertura de servicios de atención de salud en un estudio de investigación clínica....57
K1. Definición de estudio de investigación clínica....57
K2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica ....57
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica ....58
L. Cómo se cubren sus servicios de atención de salud en una institución religiosa no médica de atención de la salud ....58
L1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud ....58
L2. Atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud ....58
M. Equipo médico duradero (DME) ....59
M1. DME como miembro de nuestro plan....59
M2. Propiedad del DME cuando se cambia a Original Medicare ....60
M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan ....60
M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA) ....61

## A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** incluyen la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), los suministros, los servicios de salud del comportamiento, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención de salud, los servicios de salud del comportamiento y los LTSS cubiertos se encuentran en el **capítulo 4** de este *Manual del miembro*. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados y de venta libre se encuentran en el **capítulo 5** de este *Manual del miembro*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención, a quienes el estado les otorgó una licencia. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, servicios de salud del comportamiento, equipo médico y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago total. Hicimos arreglos para que estos proveedores le prestaran servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, en general, no paga nada por los servicios cubiertos.

## B. Reglas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare e Illinois Medicaid. Esto incluye los servicios de salud del comportamiento y LTSS.

En general, nuestro plan pagará los servicios de atención de salud, los servicios de salud del comportamiento y los LTSS que reciba cuando siga nuestras reglas. Para recibir cobertura de nuestro plan:

- La atención que recibe debe estar incluida en la tabla de beneficios médicos en las **Secciones D y E** del **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 condición, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita la internación en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas.

"Médicamente necesario" se refiere a todos los servicios cubiertos que están dentro de lo razonable y son necesarios para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades graves, o aliviar el dolor intenso a través del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.

- Para recibir servicios médicos, debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red para que le brinde atención médica y la supervisa. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **sección D1** de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
    - Usted no necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o urgentemente necesaria ni para acudir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP (para obtener más información, consulte la **sección D1** de este capítulo).
- **Debe recibir atención de proveedores de la red.** Para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo**.** Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que no se aplica esta regla:
    - Cubrimos la atención de emergencia o urgentemente necesaria de los proveedores fuera de la red (para obtener más información, consulte la **sección I** de este capítulo).
    - 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 (se requiere autorización previa). En esta situación, cubrimos la atención sin costo alguno para usted. Si quiere saber cómo obtener aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la **sección D4** de este capítulo.
    - Cubrimos servicios de 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. Si es posible, antes de dejar el área de servicios, llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de esta página para que podamos hacer los arreglos para que usted reciba su diálisis de mantenimiento mientras esté lejos.

# C. Su coordinador de la atención

## C1. Qué es un coordinador de la atención

Un coordinador de la atención es una persona capacitada que trabaja para nuestro plan para brindarle servicios de coordinación de la atención. El objetivo del coordinador de la atención es ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud mientras coordina sus servicios para ayudarle a tener una mejor calidad de vida. Esta persona ayuda a administrar su atención mediante la coordinación con todos sus proveedores para garantizar que usted reciba los servicios y la atención que necesita. Su coordinador de la atención será su principal punto de contacto en Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP).

## C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de la atención

Puede comunicarse con su coordinador de la atención llamando a Servicios al Miembro al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes-a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

## C3. Cómo puede cambiar de coordinador de la atención

Puede cambiar su coordinador de la atención llamando a Servicios al Miembro al 1 844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes-a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

# D. Atención de proveedores

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

Debe elegir un PCP para que le brinde atención y la administre.

### Qué es un PCP y qué hace por usted

Cuando se inscribe en nuestro plan, primero debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. El PCP es su aliado en la salud, ya que le brinda o coordina su atención. El PCP es un profesional de atención de salud que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Entre ellos se incluyen médicos que se especializan en medicina familiar, medicina general, medicina interna y geriatría. Personal de enfermería con práctica médica (NP), un enfermero registrado con licencia estatal y con capacitación especial, que brinde un nivel básico de atención de salud, o un asociado médico (PA), acreditado como PCP, que brinde servicios en un entorno de atención primaria, también puede actuar como su PCP.

**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º 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/MeridianIL.

Recibirá la mayor parte de la atención básica o de rutina del PCP. Su PCP también le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Algunos ejemplos son:

- radiografías;
- pruebas de laboratorio;
- fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla;
- atención de médicos especialistas;
- admisiones hospitalarias;
- atención de seguimiento.

“Coordinar” sus servicios cubiertos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y sobre cómo está todo. Para determinados tipos de servicios o suministros, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación por adelantado). Si el servicio que usted necesita requiere una autorización previa, su PCP la solicitará a nuestro plan. Dado que el PCP brindará y coordinará su atención médica, usted debe procurar que todos sus expedientes médicos anteriores sean enviados al consultorio de su PCP. Por lo general, primero consultará al PCP para la mayoría de sus necesidades de atención de salud de rutina. Le recomendamos que su PCP coordine toda su atención. Consulte la **Sección B** de este capítulo para obtener más información.

En algunos casos, su PCP, un médico especialista u otro proveedor al que esté consultando necesitarán obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) para determinados tipos de servicios y artículos cubiertos. Consulte la **Sección D del Capítulo 4** para conocer los servicios y artículos que requieren una autorización previa.

Si necesita hablar con su médico fuera del horario de atención normal, llame al consultorio del médico. Allí le indicarán cómo comunicarse con su médico, lo derivarán a un contestador automático con instrucciones sobre dónde obtener el servicio o lo transferirán a otro médico que brinde cobertura. Si tiene una emergencia, llame de inmediato al 911.

**Su elección del PCP**

También elegirá un PCP de este grupo médico participante. Para elegir su PCP, visite nuestro sitio web en el sitio web del Directorio de proveedores. go.wellcare.com/2026providerdirectories y seleccione un PCP de la red de nuestro plan. El personal de Servicios al Miembro también puede brindarle ayuda para elegir un PCP. Una vez que haya elegido a su PCP, llame a Servicios al Miembro para informar su elección. Su PCP debe formar parte de nuestra red.

Si hay un médico especialista u hospital en particular del plan que usted quiere consultar, primero verifique que los especialistas u hospitales estén dentro de la red del PCP.

Si no elige un PCP o si elige un PCP que no está disponible en este plan, le asignaremos un PCP automáticamente.

**Cómo cambiar de PCP**

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP deja de pertenecer a la red, podemos brindarle ayuda para encontrar uno nuevo.

Si quiere cambiar de PCP, llame a Servicios al Miembro. Cada PCP del plan puede hacer remisiones a ciertos médicos especialistas del plan y utilizar determinados hospitales dentro de su red. Esto significa que el PCP del plan que elija puede determinar los médicos especialistas y hospitales que usted puede usar. Si hay médicos especialistas u hospitales específicos que desee utilizar, averigüe si su PCP del plan utiliza estos médicos especialistas u hospitales.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios al Miembro. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Tenga en cuenta lo siguiente: Si acude a un PCP que no sea el PCP que le asignaron, es posible que se genere un costo compartido más alto o que se rechacen sus reclamaciones.

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

Un médico especialista es un médico que ofrece atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de médicos especialistas, por ejemplo:

- oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer;
- cardiólogos, que atienden a pacientes con problemas cardíacos;
- ortopedistas, que atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Analice sus necesidades de atención de salud con su PCP para que le recomiende un médico especialista que apoye sus necesidades de atención de salud. No se requiere una remisión para consultar a un médico especialista. Sin embargo, en algunos casos, es posible que usted, su representante o su PCP/proveedor necesiten obtener una autorización previa del plan. Consulte la **Sección D del Capítulo 4** para obtener información sobre los servicios que requieren una autorización previa.

## D3. Cuando 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 los derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que la red de proveedores cambie durante el año, debemos brindarle un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted visitó a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si le asignan el proveedor, si actualmente recibe atención de ese proveedor o si lo visitó en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que siga administrando sus necesidades de atención de salud.
- Si está llevando a cabo una terapia o tratamiento médico con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le siga brindando tratamientos o terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un médico especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar con un médico especialista fuera de la red para que le proporcione su atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para que administre su atención.

- Si usted cree que no le hemos provisto un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que no estamos administrando adecuadamente su atención, 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. (Para obtener más información, consulte la **Sección K** del **Capítulo 9**).

### D4. Proveedores fuera de la red

Si acude a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare o Illinois Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare o Illinois Medicaid.
- Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

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 los miembros con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicios del plan y no puedan acceder a los proveedores de la red. Los servicios para tratar la 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 brindársela, es posible que pueda obtenerla 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 para solicitar una autorización para que usted obtenga los servicios. Si se aprueba, el proveedor fuera de la red recibirá una autorización para prestar los servicios.

## E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) puede ayudarle a determinar si califica para recibir servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y ayudarle a solicitar servicios financiados por LTSS a través de exenciones estatales de Medicaid. Llame a Servicios al Miembro al número de teléfono que figura en la contraportada de este folleto si tiene preguntas o inquietudes, o si quiere hablar sobre los servicios de LTSS. Los servicios y el apoyo a largo plazo (LTSS) son para personas que necesitan ayuda para realizar tareas cotidianas. Si bien la mayoría de estos servicios se proporcionan en su hogar o en su comunidad, pueden prestarse en un centro de convalecencia u hospital. Para obtener más información sobre los servicios de LTSS, comuníquese con su coordinador de la atención.

## F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por uso de sustancias)

Los servicios de salud del comportamiento apoyan las necesidades de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias que pueda tener. Esto puede incluir medicamentos, asesoramiento (terapia), apoyo social y educación. Esta atención puede brindarse en un entorno comunitario, en un programa diurno o en el consultorio de un médico, o en otro lugar que le resulte más fácil, como su hogar.

Los servicios de salud del comportamiento están disponibles para todos los miembros de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP). La mayoría de los tratamientos individuales para pacientes ambulatorios que se describen en el Capítulo 4 están cubiertos a través de un proveedor de la red, con autorización previa. Si quiere obtener información acerca de qué servicios requieren autorización previa, consulte la tabla de beneficios en la **Sección D** del **Capítulo 4** de este manual. Para obtener otros servicios de salud del comportamiento, comuníquese con su coordinador de la atención o su PCP.

# G. Cómo obtener atención autodirigida

## G1. Qué es la atención autodirigida

La atención autodirigida le permite participar activamente en el desarrollo de su plan de atención. Si califica para recibir atención autodirigida, tendrá control sobre los servicios y el apoyo a largo plazo que necesita para vivir en su hogar.

## G2. Quién puede obtener atención autodirigida

Según su elegibilidad para la exención de LTSS, es posible que pueda seleccionar un servicio de asistente personal (PA). La atención autodirigida le permite elegir quién le brindará los servicios de cuidado personal. Si califica, su coordinador de la atención puede ayudarle a inscribirse en la atención autodirigida.

## G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidado personal

Si emplea a un PA, es su responsabilidad asegurarse de lo siguiente:

- Debe completar y enviar toda la documentación necesaria a la oficina local de la División de Servicios de Rehabilitación (DRS) antes de que el PA comience a trabajar. Esto incluye la información de los paquetes para miembros y de PA.
- Debe seleccionar un PA que tenga la capacidad física para realizar las tareas bajo su dirección, y el PA no tendrá una condición médica que se vea agravada por los requisitos del trabajo.
- Debe proporcionar una copia de su plan de nivel de servicio y revisarlo con su PA para que entienda sus necesidades y las horas aprobadas.
- Revisará la hoja de horas trabajadas con su PA para verificar que toda la información sea correcta antes de entregarla y solo aprobará las horas realmente trabajadas por el PA para el pago.
- Las hojas de asistencia no se firmarán previamente ni se presentarán antes del último día trabajado en un período de facturación.
- Complete el formulario del último día de empleo del PA (que se incluye en el paquete de asistente personal) y envíelo a la oficina de la DRS cuando finalice el empleo del PA.
- Notificar a la oficina del DRS dentro de las 24 horas de cualquier incidente que provoque una lesión en el PA en el trabajo.

Complete el Formulario de informe de lesión a un proveedor (en su paquete) y envíelo por correo o por fax a la oficina del DRS dentro de las 24 horas después de haberlo informado.

## H. Servicios de transporte

## Si tiene una emergencia médica, llame al 911.

Llame al 911 si necesita transporte de emergencia. No necesita aprobación previa en caso de emergencia.

Este plan no cubre los servicios de ambulancia terrestre que no son de emergencia.
**Otros servicios de transporte están cubiertos.**

Si necesita traslado a su consulta de atención de salud o a lugares aprobados por el plan, llame a MTM, nuestro proveedor de transporte, al número de Servicios al Miembro, 1 844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicios al Miembro puede ayudarle a programar el transporte o responder cualquier pregunta que tenga sobre los servicios de transporte.

## I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando son urgentemente necesarios o durante un desastre

### I1. Atención en casos de 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 recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimiento promedio de salud y medicina podrían esperar que tenga estas consecuencias:

- riesgo grave para su vida y, si está cursando un embarazo, pérdida del bebé no nacido;
- pérdida o daño grave de las funciones corporales;
- pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad;
- en los siguientes casos de una mujer embarazada en trabajo de parto activo:
    - No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro 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 tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted **no** necesita obtener la aprobación o una remisión de su PCP. Tampoco es necesario que consulte a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, o en todo el mundo, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, 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 deberían llamar para informarnos acerca de su atención de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no pagará los servicios de emergencia si se demora en informarnos. También puede llamar a Servicios al Miembro de Wellcare a los números que figuran en la parte inferior de esta página.

**Servicios cubiertos en caso de emergencia médica**

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones donde acudir a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en riesgo 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*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado. Continuarán atendiéndole y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorarse.

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 atención lo antes posible.

Sin embargo, Medicare no cubre la atención de emergencia fuera de los Estados Unidos. Sin embargo, nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y atención urgentemente necesaria fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener más información, consulte la **Sección I2** a continuación.

### 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 del comportamiento. Puede recibir atención de emergencia y que el médico le diga que no se trataba de una verdadera emergencia. Mientras usted haya pensado, de forma razonable, que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

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

- Consulta a un proveedor de la red.
- La atención adicional que recibe se considera “atención urgentemente necesaria” y usted sigue las reglas para obtener esta atención. Consulte la siguiente sección.

## I2. Atención urgentemente necesaria

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

### Atención urgentemente necesaria en el área de servicios de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención urgentemente necesaria solo si cumple estas dos condiciones:

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

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red dado el momento, el lugar o las circunstancias, cubriremos la atención urgentemente necesaria que reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede encontrar centros de atención de urgencia dentro de la red en nuestro Directorio de proveedores y farmacias y en línea en go.wellcare.com/2026providerdirectories. También puede llamar a Servicios al Miembro al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

**Atención urgentemente necesaria 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 la atención urgentemente necesaria que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores, como los controles anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicios del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Nuestro plan cubre servicios internacionales *de atención de emergencia y atención urgentemente necesaria* fuera de los Estados Unidos y sus territorios en las circunstancias que se detallan a continuación.

- Usted tiene cobertura de hasta $50,000 cuando viaja fuera de los Estados Unidos, conforme a su cobertura internacional para atención de urgencia y de emergencia. Los costos que superen este monto *no* estarán cubiertos.
- El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país y los medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos *no* están cubiertos. Además, los costos compartidos de la sala de emergencias *no* se eximen si lo admiten para recibir atención hospitalaria para pacientes internados.
- 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 de la **Sección D** del **Capitulo 4** de este documento o llame a Servicios al Miembro.

## I3. Atención en caso de desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los EE. UU. declaran una situación de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante una declaración de desastre: go.wellcare.com/MeridianIL.

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. En caso de que no pueda acceder a una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la **Sección A** del **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.

# J. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos

Si pagó 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 devolverle el dinero.**

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

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen médicamente necesarios;
- que se detallen en la tabla de beneficios de nuestro plan (consulte la **Sección D** del **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*), **y**
- que usted reciba conforme a 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 preguntarlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos sus 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 servicios o artículos médicos. También se explica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios al Miembro 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 la **Sección D** del **Capítulo 4,** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicios al Miembro para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha usado de sus beneficios.

# K. Cobertura de servicios de atención de salud en un estudio de investigación clínica

## K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado ensayo clínico) es la forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención de salud o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente solicita voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (aquella que no esté relacionada 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 sean proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con el desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y a otras reglas del plan.

**Le recomendamos que nos lo comunique antes de participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para las personas inscritas por Original Medicare, le recomendamos a usted o a su coordinador de la atención que se comuniquen con Servicios al Miembro para informarnos que participará en un ensayo clínico.

## K2. Pago de 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 en el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos en 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, se cubrirán la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Algunos ejemplos son:

- habitación y comida para una hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio;
- una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación;
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación de la nueva atención.

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

### K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información acerca de la inscripción en un estudio de investigación clínica en “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los 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).You can also call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que proporciona la atención que normalmente recibiría en un hospital o en un 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 solo se aplica a los servicios para pacientes hospitalizados de Medicare Part A (servicios de atención de salud no médicos).

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

Para recibir atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal que exprese que usted no desea recibir tratamiento médico “no excluido”.

- Un tratamiento médico “no excluido” es cualquier atención o tratamiento que sea **voluntario y no esté exigido** por ninguna ley local, estatal o federal.
- Un tratamiento médico “excluido” es cualquier atención o tratamiento que **no sea voluntario y se exija** conforme a las leyes locales, estatales o federales.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.

- Si recibe servicios de esta institución en un centro:
    - Debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
    - Debe obtener nuestra aprobación por adelantado para que le admitan en el centro; de lo contrario, su estadía **no** estará cubierta.

Nuestro plan no cubre su hospitalización en una institución religiosa no médica de atención de la salud, a menos que obtenga autorización (aprobación) por adelantado de nuestro plan, y estará sujeta a las mismas limitaciones de cobertura que la atención de hospitalización o en centros de enfermería especializada que de otro modo hubiera recibido. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el la **Sección D** del **Capítulo 4** para conocer las reglas de cobertura e información adicional sobre los costos compartidos y las limitaciones de la cobertura para pacientes hospitalizados y de enfermería especializada. La cobertura es ilimitada para la atención hospitalaria para pacientes internados aprobada por el plan. Consulte la tabla de beneficios en la **Sección D** del **Capítulo 4** para obtener más información.

## M. Equipo médico duradero (DME)

### M1. DME como miembro de nuestro plan

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

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

Debe alquilar otros tipos de DME. Como miembro de nuestro plan, en general, usted **no** será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuánto tiempo los alquile.

En algunas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del artículo de DME. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página.

Aunque haya tenido el DME durante hasta 12 meses consecutivos con Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, **no** será propietario del equipo.

### M2. Propiedad del DME cuando se 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. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede fijar la cantidad de meses durante los cuales las personas deben alquilar determinados tipos de DME antes de convertirse en propietarios de esos equipos.

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos con Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos que fije el plan MA para ser propietario del DME si:

- No obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan.
- 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 artículo de DME mientras estaba en Original Medicare o en un plan MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos que realizó a Original Medicare o al plan MA no cuentan como parte de los pagos que debe hacer después de abandonar nuestro plan**.

- Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos con Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos que fije el plan MA para ser propietario del artículo de DME.
- No se harán excepciones cuando vuelva a inscribirse en Original Medicare o en un plan MA.

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

Si califica para el equipo de oxígeno que tiene cobertura de Medicare, cubrimos:

- alquiler de equipo de oxígeno;
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- mantenimiento y reparación de 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 Medicare Advantage (MA)

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

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

- equipo, suministros y servicios de oxígeno por otros 24 meses;
- equipo y suministros de oxígeno por hasta 5 años si es médicamente necesario.

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

- El proveedor ya no está obligado a proporcionárselo y usted puede optar por obtener un reemplazo del equipo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila el equipo a un proveedor durante 36 meses.
- El proveedor debe entonces proporcionarle el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno por otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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

# Capítulo 4: Tabla de beneficios

## Introducción

En este capítulo, se brinda información sobre los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones o límites que se aplican a dichos 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. Servicios cubiertos ....63

B. Reglas que prohíben que los proveedores le cobren por los servicios ....63

C. Acerca de la Tabla de beneficios del plan ....63

D. Tabla de beneficios del plan ....67

E. Servicios de exención....144

F. Beneficios cubiertos por fuera del plan....148

F1. Transporte que no es de emergencia....148

G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Illinois Medicaid....148

## A. Servicios cubiertos

Este capítulo le indica qué servicios cubre nuestro plan. También se informa sobre los servicios que no están cubiertos. En el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*, encontrará información sobre los beneficios de medicamentos. En este capítulo, también se explican los límites de algunos servicios.

Debido a que recibe ayuda de Illinois Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para obtener más detalles sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios al Miembro al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

## B. Reglas que prohíben que los proveedores le cobren por los servicios

No permitimos que los proveedores le facturen a usted los servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros pagamos directamente a los proveedores, y le evitamos cualquier gasto. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este 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 al Miembro.

## C. Acerca de la Tabla de beneficios del plan

Esta Tabla de beneficios le indica los servicios que paga el plan. Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

**Pagamos los servicios enumerados en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas.** Usted **no** paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Brindamos servicios cubiertos por Medicare e Illinois Medicaid de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare e Illinois Medicaid.
- Los servicios *(incluidos la atención médica, los servicios de salud del comportamiento y consumo de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos*) deben ser “médicamente necesarios”.

**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º 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/MeridianIL.

Por “médicamente necesarios” se entienden 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. Esto incluye la atención que evita la internación en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas.

- En el caso de las nuevas personas inscritas, es posible que durante los primeros 90 días no les pidamos que obtengan una aprobación previa para ningún tratamiento activo, incluso si el 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, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, salvo que sea una emergencia o atención urgentemente necesaria, o salvo que cuente con una remisión de su plan o un proveedor de la red. En el **Capítulo 3** de este Manual del miembro, encontrará más información sobre cómo recurrir a los proveedores dentro y fuera de la red.
- Tiene 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 profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina remisión. En el **Capítulo 3** de este Manual del miembro, encontrará más información sobre cómo obtener una remisión y en qué casos **no** la necesita.
- 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 primero. Esto se denomina autorización previa (PA). Marcamos en negrita los servicios cubiertos en la Tabla de beneficios que necesitan PA.
- Si su plan aprueba una solicitud de PA para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Si pierde sus beneficios de Illinois Medicaid, dentro del período de seis meses de elegibilidad continua considerada, sus beneficios de Medicare en este plan continuarán. Sin embargo, sus servicios de Illinois Medicaid no estarán cubiertos en este plan.

Comuníquese con la Línea de Ayuda al Cliente del Departamento de Servicios Humanos de Illinois para obtener información sobre su elegibilidad para Medicaid en Illinois. Consulte el **Capítulo 2** para obtener los números de teléfono de la Línea de Ayuda al Cliente del Departamento de Servicios Humanos de Illinois y otros recursos. Puede conservar sus beneficios de Medicare, pero no sus beneficios de Illinois Medicaid.

**Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas condiciones crónicas.**

- Si tiene alguna de las condiciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para beneficios adicionales:
    - Trastornos autoinmunes (incluye artritis reumatoide, una enfermedad ósea).
    - Cáncer.
    - Trastornos cardiovasculares (incluye hipertensión).
    - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD).
    - Insuficiencia cardíaca crónica.
    - Trastornos pulmonares crónicos.
    - Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes.
    - Enfermedad gastrointestinal crónica (incluye trastornos gastrointestinales crónicos).
    - Enfermedad renal crónica (CKD).
    - Condiciones con desafíos funcionales (incluye enfermedad renal en etapa terminal o ESRD, enfermedad hepática en etapa terminal, osteoporosis y artrosis, dos enfermedades óseas).
    - Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento (incluye distrofia muscular).
    - Condiciones asociadas con deterioro cognitivo (incluye síndrome de Down).
    - Demencia.
    - Diabetes mellitus.
    - Endometriosis.
    - HIV/sida.
    - Trastornos neurológicos.
    - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico (incluye hiperlipidemia/dislipidemia).

  - Postrasplante de órganos.
  - Trastornos hematológicos graves.
  - Derrame cerebral.

- Su plan incluye beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Estos beneficios suplementarios solo se ofrecen a miembros de alto riesgo con enfermedades crónicas que también cumplen criterios adicionales de elegibilidad.

- Para calificar, los miembros deben cumplir y mantener los tres criterios de elegibilidad que se detallan a continuación:
  - El miembro debe requerir administración de la atención intensiva.
  - El miembro debe tener un alto riesgo de necesitar hospitalización no planificada.
  - El miembro debe tener un diagnóstico activo y documentado de una condición crónica que califique. La condición crónica debe poner en peligro la vida o limitar significativamente la salud general o la función vital del miembro.
- Wellcare le notificará si es elegible y usted recibirá una carta con instrucciones sobre cómo acceder al beneficio.
- Los miembros nuevos pueden ser elegibles para los beneficios de SSBCI si su proveedor certifica que usted cumple con los criterios de calificación.
- Es posible que se apliquen otros costos no cubiertos por su plan.
- Se requiere la confirmación de que se han cumplido todos los criterios antes de recibir acceso a estos beneficios.
- Todos los beneficios finalizan el 12/31/2026, y los miembros deberán volver a calificar cada año del plan.
- Consulte la fila “Ayuda con ciertas condiciones crónicas” en la siguiente Tabla de beneficios médicos para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para obtener información adicional.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍎 indica los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

## D. Tabla de beneficios del plan

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal**<br><br>Se cubrirá una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión del médico, asociado médico, personal de enfermería con práctica médica o especialista en enfermería clínica. | $0 |
| | **Acupuntura**<br><br>Pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido de la siguiente forma:<br>• Dura 12 semanas o más.<br>• No está especificado (no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa).<br>• No está relacionado con una cirugía.<br>• No está asociado con el embarazo.<br>Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico si usted muestra una mejoría. Usted no puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico por año.<br>Los tratamientos de acupuntura deben interrumpirse si no mejora o si empeora.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Acupuntura (continuación)**<br>Requisitos del proveedor:<br>Los médicos (tal como se definen en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden proporcionar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.<br>Los asistentes médicos (PA), los profesionales de enfermería con práctica médica (NP) o los especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se identifican en el artículo 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y cuentan con lo siguiente:<br>• Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de un centro educativo acreditado por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM).<br>• Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia.<br>El personal auxiliar que brinde servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), secciones §§ 410.26 y 410.27. | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Examen de detección y asesoramiento para pacientes con problemas de alcoholismo.**<br><br>Pagamos un examen de detección de consumo indebido de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de este. Esto incluye a mujeres embarazadas.<br><br>Si obtiene un resultado positivo en la detección de consumo indebido de alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si se encuentra en condiciones y con plena lucidez durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (PCP) o un profesional calificado en un entorno de atención primaria. | $0 |
| | **Servicios de ambulancia**<br><br>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia por tierra y por aire (avión y helicóptero). La ambulancia le trasladará hasta el lugar más cercano donde pueda recibir atención.<br><br>La gravedad de su condición debe ser tal que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Examen físico anual de rutina**<br><br>El examen físico anual incluye un examen del corazón, los pulmones, los sistemas neurológicos y abdominales, así como un examen práctico del cuerpo (como la cabeza, el cuello y las extremidades) y los antecedentes médicos y familiares detallados, además de los servicios incluidos en la visita anual de bienestar. Los siguientes son ejemplos de servicios que pueden realizarse u ordenarse durante su examen:<br>• Mediciones de rutina (altura, peso, presión arterial).<br>• Evaluación de los factores de riesgo de enfermedades evitables.<br>• Control de reflejos y signos vitales.<br>• Análisis de laboratorio (muestras de sangre y orina). | $0 |
| | **Visita anual de bienestar**<br><br>Usted puede hacerse un chequeo anual. La finalidad es crear o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Se cubrirá este chequeo una vez cada 12 meses.<br><br>**Nota:** Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a la visita **Bienvenido a Medicare**. Sin embargo, no es necesario que usted haya asistido a la visita **Bienvenido a Medicare** para que se cubran las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Medición de la masa ósea**<br><br>Se cubrirán algunos procedimientos para miembros que califiquen (en general, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o determinan la calidad ósea.<br><br>Se cubrirán estos servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos los servicios de un médico para que examine y comente los resultados. | $0 |
| | **Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)**<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios:<br>• Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años.<br>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres a partir de los 40 años.<br>• Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses. | $0 |
| | **Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)**<br><br>Se cubrirán los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una orden médica.<br><br>También se cubren programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Visita para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)**<br><br>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 la visita, el médico puede hacer lo siguiente:<br>• Hablar sobre el uso de aspirinas.<br>• Controlar su presión arterial.<br>• Darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien. | $0 |
| | **Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)**<br><br>Se cubrirán los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan irregularidades debidas a un alto riesgo de enfermedad cardiovascular. | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Examen de detección de cáncer de cuello uterino y cáncer de vagina**<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios:<br>• Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.<br>• Para las mujeres que tienen un riesgo alto de cáncer de cuello uterino o de cáncer vaginal: un examen de Papanicolaou cada 12 meses.<br>• 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**<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios:<br>• Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |
| | **Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico**<br><br>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Examen de detección de cáncer colorrectal**<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios:<br>• La colonoscopia no tiene límite mínimo o máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.<br>• La colonografía por tomografía computarizada para pacientes a partir de los 45 años que no tengan alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que el paciente se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, es posible que se pague una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses a partir del mes en que el paciente se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.<br>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes a partir de los 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que se les realizó una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)**<br>• Exámenes de detección de sangre oculta en las heces para pacientes a partir de los 45 años. Una vez cada 12 meses.<br>• Prueba multidiana de DNA en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.<br>• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.<br>• Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo en un examen no invasivo de detección de cáncer colorrectal basado en las heces cubierto por Medicare.<br>• Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como consecuencia de ella y en la misma visita clínica. | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios dentales**<br><br>Ciertos servicios dentales, como limpiezas, empastes y dentaduras postizas, están disponibles a través del Programa Dental de Illinois Medicaid.<br><br>Nosotros pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Por ejemplo, la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales previos a un trasplante de órganos.<br><br>**Servicios dentales suplementarios (es decir, de rutina)**<br><br>Nuestro plan cubre servicios dentales adicionales. Hay un beneficio máximo del plan de $4,000 por año para los servicios dentales integrales cubiertos. Usted es responsable de los montos que superen el límite de beneficios.<br><br>**Atención dental preventiva y de diagnóstico** (los servicios cubiertos incluyen los siguientes):<br>• Exámenes bucales: 2 por año.<br>• Tratamiento con flúor: 1 por año.<br>• 1 conjunto de radiografías dentales por fecha de servicio cada 3 años del plan, según el tipo de servicio.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios dentales (continuación)**<br>• Otros servicios de diagnóstico: 1 por visita.<br>• Otros servicios preventivos: 1 por diente cada 6 meses.<br>**Atención dental integral** (los servicios cubiertos incluyen los siguientes)**:**<br>• Servicios restaurativos: 1 cada 1 a 7 años por diente, según el tipo de servicio.<br>• Endodoncia: 1 por diente de por vida.<br>• Periodoncia: 1 cada 6 meses hasta 3 años del plan, según el tipo de servicio.<br>• Prostodoncia removible: 1 por cada fecha de servicio hasta 5 años del plan por diente, según el tipo de servicio.<br>• Prostodoncia fija: 1 por cada fecha de servicio hasta 7 años del plan por diente, según el tipo de servicio.<br>• Cirugía oral/maxilofacial: 1 por cada fecha de servicio o de por vida, según el tipo de servicio.<br>• Servicios generales complementarios: 1 por cada fecha de servicio hasta los 24 meses.<br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios dentales (continuación)**<br><br>Antes de obtener servicios, se recomienda a los miembros que hablen sobre sus opciones de tratamiento con un proveedor de servicios dentales de rutina participante.<br>El tratamiento debe iniciarse y completarse mientras se esté cubierto por el plan durante el año del plan. El costo de los servicios dentales no cubiertos por el plan es responsabilidad del miembro.<br><br>Los servicios dentales suplementarios (es decir, los servicios dentales de rutina no cubiertos por Medicare) deben recibirse de un proveedor participante para que estén cubiertos por el plan. Si tiene preguntas sobre cómo buscar un proveedor, presentar una reclamación o si necesita más información, llame a Servicios al Miembro.<br><br>Puede encontrar información adicional sobre la cobertura dental, incluida una lista detallada de los procedimientos cubiertos, en los Detalles de los beneficios dentales en: go.wellcare.com/dentalbenefits-il<br><br>**Nota: La cobertura de los servicios dentales de rutina es un beneficio suplementario que ofrece el plan.**<br>**Ni Medicare ni Illinois Medicaid pagará su parte del costo de estos servicios.** | |
| | **Exámenes de detección de depresión**<br><br>Pagamos un examen de detección de depresión por año.<br>El examen de detección debe realizarse en un centro de atención primaria en el que puedan proporcionarse tratamientos de seguimiento y/o remisiones. | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Examen de detección de diabetes**<br><br>Se cubrirá el examen de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:<br>• Presión arterial alta (hipertensión).<br>• Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia).<br>• Obesidad.<br>• Antecedentes de nivel alto de azúcar (glucosa) en sangre.<br><br>Las pruebas pueden estar cubiertas en otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.<br><br>Puede calificar para recibir hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha del examen de detección de diabetes más reciente. | $0 |
| | **Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes**<br><br>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (ya sea que usen insulina o no):<br>• Suministros para controlar la glucosa en sangre, que incluyen los siguientes:<br>○ Un monitor de glucosa en sangre.<br>○ Tiras reactivas de glucosa en sangre.<br>○ Dispositivos de punción y lancetas.<br>○ Soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes (continuación)**<br>• Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave, pagamos lo siguiente:<br>o Un par de zapatos terapéuticos a medida (con las plantillas), que incluyen el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas por año calendario; **o**.<br>o Un par de zapatos de profundidad, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos).<br>• En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarle a controlar la diabetes. Para obtener más información al respecto, comuníquese con Servicios al Miembro.<br>• Accu-Chek™ Guide y True Metrix™ son nuestros suministros preferidos para pruebas de diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). Para obtener más información sobre los artículos que figuran en la lista de suministros preferidos para pruebas de diabetes, comuníquese con Servicios al Miembro.<br>• Si usa suministros para pruebas de diabetes que no son los preferidos por el plan, hable con su proveedor para obtener una nueva receta médica o solicitar una autorización previa para un monitor de glucosa en sangre y tiras reactivas no preferidos. | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados**<br><br>Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual del miembro* para obtener una definición de “equipo médico duradero (DME)”.<br><br>Cubrimos los siguientes artículos:<br>• Sillas de ruedas.<br>• Muletas.<br>• Sistemas de colchones eléctricos.<br>• Suministros para personas con diabetes.<br>• Camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar.<br>• Bombas y poste de infusión intravenosa (IV).<br>• Dispositivos generadores de voz.<br>• Equipos y suministros de oxígeno.<br>• Nebulizadores.<br>• Andadores.<br>• Bastones estándar de agarradera curva o de cuatro patas y suministros de reemplazo.<br>• Equipo de tracción cervical (de puerta).<br>• Estimulador óseo.<br>• Equipo de atención de diálisis.<br><br>Es posible que se cubran otros artículos.<br><br>Pagamos todo el DME médicamente necesario que Medicare y Medicaid suelen pagar. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o un fabricante en particular, pregunte si puede realizar un pedido especial para usted. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención de emergencia**<br><br>La atención de emergencia comprende estos servicios:<br>• Aquellos prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia; **y**.<br>• Aquellos necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica.<br><br>Una emergencia médica es una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora con rapidez. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar las siguientes consecuencias:<br>• Riesgo grave para su vida o la del feto; **o**.<br>• Daño grave a las funciones corporales; **o**.<br>• Pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad.<br>• En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:<br>  ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.<br>  ○ El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.<br><br>Los servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos están cubiertos.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención de hospitalización después de que se estabilice la emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta *O* debe hacer que su plan autorice la atención para pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red.<br><br>Copago de $115 por servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.<br><br>Usted paga este monto incluso si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas posteriores por la misma condición. |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención de emergencia (continuación)** | Tiene cobertura de hasta $50,000 por año para servicios de emergencia o urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos. |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios de planificación familiar**<br><br>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 consultorio de planificación familiar.<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios:<br>• Examen de planificación familiar y tratamiento médico.<br>• Pruebas de laboratorio y diagnóstico de planificación familiar.<br>• Métodos de planificación familiar (anticoncepción intrauterina (IUC)/dispositivo intrauterino (IUD), implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo).<br>• Suministros de planificación familiar con receta (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón).<br>• Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados.<br>• Asesoramiento, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI).<br>• Asesoramiento y pruebas de HIV y sida, y otras condiciones relacionadas con el HIV.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios de planificación familiar (continuación)**<br>• Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía).<br>• Asesoramiento genético.<br>También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe acudir a un proveedor de nuestra red para los siguientes servicios:<br>• Tratamiento para condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada).<br>• Servicios de preservación de la fertilidad.<br>• Tratamiento para el sida y otras condiciones relacionadas con el HIV.<br>• Pruebas genéticas. | |
| | **Programas de educación sobre salud y bienestar**<br>**Manejo mejorado de enfermedades:**<br>Los programas de control de enfermedades de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) se fundan en pautas de práctica basadas en evidencia (pautas clínicas basadas en las mejores investigaciones). Estos programas le ayudan a llevar una vida lo más saludable posible y a sentirse lo mejor posible. Se aplican reglas de autorización y criterios.<br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación)**<br><br>**Educación para la salud:**<br><br>Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) se asocia con recursos comunitarios y proveedores de planes de salud para alentar a los miembros del plan de salud a participar en eventos educativos para mejorar las habilidades de autocuidado y destacar la importancia de los estilos de vida saludables. Meridian también ofrece a los miembros del plan de salud recursos de educación sobre la salud para mejorar las habilidades de autocuidado y promover la educación sobre la salud en general.<br><br>**Línea de Consultas de Enfermería:**<br><br>Número gratuito de asesoramiento de enfermería por parte de personal de enfermería registrado, capacitado y con licencia. La Línea de Consultas de Enfermería está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, para ayudarle con preguntas relacionadas con la salud. Puede comunicarse con la Línea de Consultas de Enfermería si llama a Servicios al Miembro y solicita que le transfieran a la Línea de Consultas de Enfermería.<br><br>**Beneficio de acondicionamiento físico**<br><br>Nuestro plan ofrece un programa de acondicionamiento físico que brinda acceso a centros de acondicionamiento físico en todo el país.<br><br>Para ayudar a mantener un estilo de vida activo y saludable, usted tiene acceso a las siguientes prestaciones sin costo:<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación)**<br>• Membresía de gimnasios: elija entre varios centros de acondicionamiento físico presenciales que participan en la red de acondicionamiento físico. La membresía incluye acceso a servicios estándar de gimnasios, así como a clases grupales de entrenamiento. Puede acceder a uno o más gimnasios dentro de la red de acondicionamiento físico.<br>• Kits de acondicionamiento físico en el hogar: puede elegir entre una variedad de kits de acondicionamiento físico en el hogar, incluido un monitor de actividad física portátil. Puede recibir hasta 1 kit por año de beneficios.<br>• Kits de acondicionamiento físico en el hogar: puede elegir entre una variedad de kits de acondicionamiento físico en el hogar, incluido un monitor de actividad física portátil. Puede recibir hasta 1 kit por año de beneficios.<br>Para obtener más información sobre el beneficio de acondicionamiento físico, llame a Servicios al Miembro.<br>**Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)**<br>Cobertura de un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias de por vida y su cuota mensual. Un dispositivo personal de respuesta médica ante emergencias proporciona tranquilidad y una respuesta ininterrumpida a sus necesidades de emergencia y que no son de emergencia.<br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación)**<br><br>Los miembros pueden elegir entre lo siguiente:<br><br>• PERS para línea fija residencial, que incluye opciones de pulsera y cordón para el cuello.<br><br>• PERS para línea celular residencial, que incluye opciones de pulsera y cordón para el cuello.<br><br>• PERS móvil, que incluye opciones de cordón para el cuello, de pulsera y clip para el cinturón.<br><br>• Reloj PERS, que incluye funciones de reloj estándar con capacidades de comunicación de dos vías, así como servicios de frecuencia cardíaca, contador de pasos y tecnología de ubicación.<br><br>Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro. | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios para la audición**<br><br>Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Se cubren como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.<br><br>Nuestro plan también cubre los siguientes servicios de audición suplementarios (es decir, de rutina):<br><br>• 1 examen de audición de rutina por año.<br>• 1 evaluación y ajuste de audífonos cada año.<br>• 1 audífono no implantable con un valor máximo de $1,000 por oído por año. Se limita a 2 audífonos no implantables por año. El beneficio incluye una garantía de 3 años que comprende pérdida y daños, con un suministro de baterías para 2 años.<br><br>Cualquier costo de audífonos que exceda el máximo del beneficio antes mencionado es su responsabilidad. Los audífonos adicionales no están cubiertos.<br><br>Para obtener más información sobre su proveedor de servicios de audición, información de contacto y beneficios, llame a Servicios al Miembro. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Ayuda con ciertas condiciones crónicas**<br><br>**Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas**<br>Si califica para los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI), nuestro plan ofrece beneficios adicionales. Debe cumplir ciertos criterios, que incluyen tener un diagnóstico activo de una o más condiciones calificadoras. La condición debe poner en riesgo la vida o limitar considerablemente su salud general o sus funciones. Además, debe necesitar administración de la atención intensiva y estar en riesgo alto de necesitar hospitalización. Las condiciones crónicas que califican incluyen las siguientes:<br>Trastornos autoinmunes (incluye artritis reumatoide, una enfermedad ósea). Cáncer. Trastornos cardiovasculares (incluye hipertensión). Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD). Insuficiencia cardíaca crónica. Trastornos pulmonares crónicos. Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes. enfermedad gastrointestinal crónica (incluye trastornos gastrointestinales crónicos); Enfermedad renal crónica (CKD). Condiciones con desafíos funcionales (incluye enfermedad renal en etapa terminal o ESRD, enfermedad hepática en etapa terminal, osteoporosis y artrosis, dos enfermedades óseas). Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento (incluye distrofia muscular). Condiciones asociadas con deterioro cognitivo (incluye síndrome de Down). Demencia. Diabetes mellitus. HIV/sida. Endometriosis. Trastornos neurológicos. Trastornos hematológicos graves. sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico (incluye hiperlipidemia/dislipidemia); Postrasplante de órganos. Derrame cerebral.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>Es posible que algunos beneficios no estén disponibles en determinados lugares. |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Ayuda con ciertas condiciones crónicas (continuación)**<br><br>Consulte la **Sección C del Capítulo 4** para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad. La elegibilidad para los siguientes beneficios se determina después de que se inscriba en nuestro plan.<br><br>**Si es elegible, tiene la opción de utilizar la cobertura asignada de su tarjeta Wellcare Spendables® para acceder a los beneficios adicionales que se enumeran a continuación. Una vez que se determine que es elegible, estos beneficios ampliados estarán disponibles en un plazo de 7 a 10 días hábiles. La cobertura asignada se transfiere al mes siguiente si no se usa y vence al final del año del plan. Consulte el beneficio de Wellcare Spendables® en esta tabla para obtener más información.**<br><br>• **Gasolina de pago en surtidor**<br>Puede utilizar su tarjeta para pagar la gasolina directamente en el surtidor en los centros participantes. La tarjeta no puede utilizarse para pagar en persona en la caja registradora. La tarjeta solo puede utilizarse para cargar gasolina hasta el monto de la cobertura asignada disponible.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Ayuda con ciertas condiciones crónicas (continuación)**<br>• **Alimentos saludables**<br>Puede utilizar su tarjeta para comprar alimentos saludables y frutas y verduras en los comercios participantes. Es posible que se encuentren disponibles opciones de entrega para los alimentos elegibles. Se pueden pedir comidas preparadas y cajas de frutas y verduras a través del portal en línea.<br>La tarjeta no puede utilizarse para comprar tabaco o alcohol.<br>Entre los artículos aprobados, se incluyen los siguientes:<br>o Carnes rojas y blancas.<br>o Frutas y vegetales.<br>o Bebidas nutritivas.<br>Use el escáner de código de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en tiendas minoristas, inicie sesión en el portal para miembros o consulte el catálogo.<br>• **Artículos de seguridad y asistencia en el hogar**<br>Puede usar su tarjeta para ayudar con el costo de artículos de seguridad y asistencia en el hogar, lo cual incluye los servicios de instalación de productos elegibles. Inicie sesión en el portal para miembros o comuníquese con nosotros para comprar artículos aceptados y ver los servicios elegibles.<br>Entre los artículos y servicios aprobados, se incluyen los siguientes:<br>o Barras de sujeción o perillas de puerta y revestimientos antideslizantes para piso.<br>o Sillas de seguridad y dispositivos de ayuda para baño.<br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Ayuda con ciertas condiciones crónicas (continuación)**<br>o Productos portátiles de climatización y calidad del aire.<br>o Suministros para el control de plagas e insectos y tratamientos en el hogar.<br>• **Ayuda para el alquiler**<br>Puede usar su tarjeta para ayudar a pagar el alquiler de su vivienda. Inicie sesión en el portal de su proveedor de alquiler/hipoteca para pagar o pague directamente a su proveedor de alquiler donde se aceptan pagos con tarjeta. Puede utilizar la tarjeta solo hasta alcanzar el importe de la cobertura asignada. La tarjeta no puede usarse para establecer pagos automáticos recurrentes.<br>• **Asistencia para servicios públicos.**<br>Usted puede usar la 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 la tarjeta. La tarjeta no puede usarse para establecer pagos automáticos recurrentes. Puede utilizar la tarjeta solo hasta alcanzar el importe de la cobertura asignada. Entre los gastos aprobados para este beneficio, se incluyen los siguientes:<br>o Servicios públicos de electricidad, gas, sanitarios/residuos y agua.<br>o Servicio de teléfono fijo y móvil.<br>o Servicio de Internet.<br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Ayuda con ciertas condiciones crónicas (continuación)**<br>○ Servicio de TV por cable (no incluye servicios de transmisión en directo).<br>○ Determinados gastos de petróleo, como combustible para calefacción. | |
| | **Examen de detección de HIV**<br>Se cubre un examen de detección del HIV cada 12 meses para personas que hacen lo siguiente:<br>• Solicitan un examen de detección del HIV; **o**.<br>• Corren un mayor riesgo de infección por HIV.<br>Si está embarazada, pagamos hasta tres exámenes de detección del HIV durante el embarazo. | $0 |
| | **Cuidados brindados por una agencia de atención médica en el hogar**<br>Antes de que pueda obtener servicios de atención de salud en el hogar, un médico debe decirnos que los necesita y una agencia de salud en el hogar debe proporcionarlos. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa es un gran esfuerzo.<br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Cuidados brindados por una agencia de atención médica en el hogar (continuación)**<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:<br>• Servicios intermitentes o de medio tiempo de enfermería especializada y de un asistente de salud a domicilio (para que estén cubiertos por el beneficio de atención de salud en el hogar, los servicios combinados de enfermería especializada y de un asistente de salud a domicilio deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<br>• Servicios médicos y sociales.<br>• Equipos y suministros médicos. | |
| | **Terapia de infusión en el hogar**<br><br>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 el hogar. Para realizar la infusión en el hogar, se necesita lo siguiente:<br>• El medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina.<br>• Equipo, como una bomba.<br>• Suministros, como un tubo o un catéter.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Terapia de infusión en el hogar (continuación)**<br><br>Entre los servicios de infusión en el hogar que cubre nuestro plan, se incluyen los siguientes:<br>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención.<br>• Capacitación y educación del miembro que aún no están incluidas en el beneficio de DME.<br>• Monitoreo remoto.<br>• Servicios de monitoreo para suministrar la terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. | |
| | **Atención para pacientes terminales**<br><br>Usted tiene derecho a seleccionar un centro de atención para pacientes terminales en caso de que su proveedor y el director médico del centro determinen que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y que su expectativa de vida es, como máximo, de seis meses. Puede recibir atención de cualquier programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de atención para pacientes terminales certificados por Medicare en el área de servicios de nuestro plan, incluidos los programas de los que somos propietarios, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención para pacientes terminales (continuación)**<br><br>Los servicios cubiertos incluyen:<br>• Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor.<br>• Atención de relevo a corto plazo.<br>• Atención en el hogar.<br><br>**En el caso de los servicios de atención para pacientes terminales y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal que se facturan a Medicare:**<br>• Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de atención para pacientes terminales por sus servicios para pacientes terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de atención para pacientes terminales, su proveedor de atención para pacientes terminales le facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare paga.<br><br>**En el caso de servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B:**<br>• Nuestro plan cubre servicios que no están cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B. Cubrimos los servicios, ya sea que se relacionen o no con su diagnóstico terminal. Usted no paga estos servicios.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención para pacientes terminales (continuación)**<br><br>**En el caso de los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Part D de nuestro plan:**<br>• Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de atención para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.<br><br>**Nota:** Si necesita atención que no sea para pacientes terminales, llame a su coordinador de la atención o a Servicios al Miembro para coordinar los servicios. La atención que no es atención para pacientes terminales es atención que **no** está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. | |
| | **Servicios de apoyo en el hogar**<br><br>Si cumple con determinados criterios clínicos, le ofrecemos acceso a servicios de apoyo en el hogar. Este beneficio brinda asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), como la limpieza, las tareas domésticas y la preparación de comidas. Puede participar en la administración de la atención o un administrador de atención puede realizarle una evaluación.<br><br>Para obtener los servicios, se requiere documentación de una de las siguientes opciones:<br>• Diagnóstico de enfermedad de Alzheimer/otro tipo de Demencia.<br>• Cirugía de reemplazo de articulaciones.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>**Es posible que se requiera una remisión del médico.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios de apoyo en el hogar (continuación)**<br>• Recuperación de caídas.<br>• Amputación de una extremidad.<br>• Cirugía de cataratas/retina/otra cirugía ocular.<br>• Enfermedad cardiopulmonar avanzada.<br>• Derrame cerebral.<br>• Deambulación con dispositivo de asistencia.<br>• Deterioro de la visión.<br>• Hospitalizaciones frecuentes.<br>• Visitas frecuentes a la sala de emergencias.<br>• Período posoperatorio con enfermedades crónicas, incluida alguna de las siguientes: diabetes, COPD, insuficiencia cardíaca crónica (CHF), infección del tracto urinario (UTI), enfermedad renal, cáncer o diagnóstico de salud del comportamiento.<br>Los servicios se prestarán en incrementos de 2 horas hasta un total de 24 visitas cada año. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro. | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Vacunas**<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios:<br>• Vacunas contra la neumonía.<br>• Vacunas contra la influenza (gripe), una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la influenza (gripe) adicionales, si son médicamente necesarias.<br>• Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer esta enfermedad.<br>• Vacunas contra la COVID-19.<br>• Otras vacunas si está en riesgo y cumple con las normas de cobertura de Medicare Part B.<br><br>Se cubrirán otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Part D. Para obtener más información, consulte la **Sección G** del **Capítulo 6** de este *Manual del miembro*. | $0 |
| | **Atención hospitalaria para pacientes internados**<br><br>Incluye atención aguda para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresa formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior al alta es su último día de hospitalización.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención de hospitalización en un hospital fuera de la red después de que se estabilice la emergencia.<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)**<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios y también otros servicios médicamente necesarios que no se detallan aquí:<br>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario).<br>• Comidas, incluidas las dietas especiales.<br>• Servicios regulares de enfermería.<br>• Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios).<br>• Fármacos y medicamentos.<br>• Pruebas de laboratorio.<br>• Radiografías y otros servicios de radiología.<br>• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios.<br>• Dispositivos, como sillas de ruedas.<br>• Servicios de quirófano y sala de recuperación.<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.<br>• Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados.<br>• En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)**<br><br>Si necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es elegible para uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicios. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tarifas de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante en un lugar local o en un lugar fuera del patrón de atención en su comunidad. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted elige realizarse el trasplante allí, coordinaremos o pagaremos el alojamiento y los gastos de viaje para usted y otra persona.<br>• sangre, lo cual incluye el almacenamiento y la administración;<br>• servicios médicos.<br><br>**Nota:** Para ser paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para obtener la admisión formal como paciente del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.<br><br>Obtenga más detalles en la hoja informativa de Medicare *"Medicare Hospital Benefits" (Beneficios hospitalarios de Medicare)*. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. También puede solicitarla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico**<br><br>Pagamos los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |
| | **Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización sin cobertura**<br><br>No pagamos la hospitalización si ha utilizado todos los beneficios para pacientes hospitalizados o si la hospitalización no es razonable ni médicamente necesaria.<br><br>Sin embargo, en algunos casos en los que no se cubre la atención de hospitalización, 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 Servicios al Miembro.<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:<br>• Servicios médicos.<br>• Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio.<br>• Radiografía, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos.<br>• Vendajes quirúrgicos.<br>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización sin cobertura (continuación)**<br><br>• Prótesis y aparatos ortopédicos que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que reemplazan la totalidad o una parte de lo siguiente:<br>o Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo); **o**<br>la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal.<br>• Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste, pérdida o cambio en la condición del paciente.<br>• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. | |
| | **Servicios y suministros para enfermedades renales**<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios:<br>• Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitarlo sobre la atención de enfermedades renales y para ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener una enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe remitirlo. Se cubrirán hasta seis sesiones de servicios de educación para enfermedades renales.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios y suministros para enfermedades renales (continuación)**<br>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra fuera del área de servicios de forma momentánea, como se explica en el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* o cuando el proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o no es posible acceder a él.<br>• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si le admiten como paciente en un hospital para recibir atención especial).<br>• Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar.<br>• Equipos y suministros para diálisis en el hogar.<br>• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como visitas, cuando sea necesario, de trabajadores capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y revisar el equipo de diálisis y suministro de agua).<br>Medicare Part B paga algunos medicamentos de diálisis. Para obtener más información, consulte la sección “Medicamentos de Medicare Part B” en esta tabla. | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)**<br><br>Nuestro plan cubrirá los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con estos requisitos:<br>• Tiene entre 50 y 77 años.<br>• Tiene una visita de orientación y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado.<br>• Ha fumado, al menos, 1 paquete por día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.<br><br>Luego del primer examen de detección, nuestro plan cubrirá otro examen de detección por año con una orden por escrito del médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige brindar una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida para exámenes de detección de cáncer de pulmón, esta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas. | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Comidas**<br><br>**Comidas para pacientes con cuidados postagudos**<br><br>Para los miembros dados de alta de un centro de atención para pacientes hospitalizados, el plan proporcionará un máximo de 3 comidas por día durante 14 días, para un total de 42 comidas sin costo para usted. Los servicios deben solicitarse dentro de los 45 días posteriores al alta de la hospitalización. Sujeto a disponibilidad, puede optar por recibir comidas frescas congeladas, comidas refrigeradas o batidos nutricionales. Puede optar por recibir una combinación de comidas y batidos dentro del límite de beneficios total.<br><br>**Comidas para condiciones crónicas**<br>Los miembros con determinadas condiciones crónicas inscritos en administración de la atención pueden ser elegibles para recibir comidas saludables como parte de un programa supervisado de transición a un nuevo estilo de vida.<br><br>• Entre las condiciones crónicas elegibles, se incluyen sida, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), insuficienciacardíaca crónica, enfermedad de la arteria coronaria, diabetes e hipertensión.<br>• Puede recibir un máximo de 3 comidas saludables por día durante un máximo de 28 días, con un máximo de 84 comidas por mes. Este beneficio puede utilizarse durante un máximo de 3 meses al año.<br><br>**Sujeto a disponibilidad, puede optar por recibir comidas frescas congeladas, comidas refrigeradas o batidos nutricionales. Puede elegir recibir una combinación de comidas y batidos dentro de su límite mensual.** | $0 por cada comida o batido médicamente necesario cubierto por el plan para pacientes con cuidados postagudos.<br><br>**Es posible que se requiera una remisión del médico.**<br><br>$0 por cada comida o batido médicamente necesario cubierto por el plan para pacientes con condiciones crónicas.<br><br>**Es posible que se requiera una remisión del médico.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Terapia de nutrición médica**<br><br>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo indica el médico.<br><br>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.<br><br>A partir de eso, cubrimos dos horas de servicios de asesoramiento individual. Si cambia su condición, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario. Puede que aprobemos servicios adicionales si son médicamente necesarios. | $0 |
| | **Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)**<br><br>Nuestro plan paga los servicios del MDPP para las personas elegibles. El MDPP está diseñado para incrementar el comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en las siguientes áreas:<br>• Cambio en la dieta a largo plazo.<br>• Aumento de la actividad física.<br>• Maneras de mantener la pérdida de peso y llevar un estilo de vida saludable. | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Medicamentos de Medicare Part B**<br><br>Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Part B. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:<br>• Medicamentos que no suele administrarse usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios del médico, servicios ambulatorios en un hospital o servicios en centros de cirugía ambulatoria.<br>• Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).<br>• Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizado por nuestro plan.<br>• El medicamento contra el Alzheimer Leqembi® (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV).<br>• Factores de coagulación autoinyectables en casos de hemofilia.<br>• Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que recibe los medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Medicamentos de Medicare Part B (continuación)**<br>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Cubrimos estos medicamentos si está confinado en el hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.<br>• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona con la debida instrucción (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.<br>• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace.<br>• 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 de la quimioterapia, durante la quimioterapia o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.<br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Medicamentos de Medicare Part B (continuación)**<br>• Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Part B.<br>• Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato incluidos en el sistema de pago para ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar.<br>• Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto contra la heparina (cuando es médicamente necesario) y anestésicos tópicos.<br>• Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la inyección de eritropoyetina si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epotina beta).<br>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades primarias de inmunodeficiencia.<br>• Nutrición parenteral y enteral (alimentación IV y por sonda).<br>El siguiente enlace le lleva a una lista de medicamentos de Medicare Part B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: go.wellcare.com/ILStepTherapy<br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Medicamentos de Medicare Part B (continuación)**<br><br>También cubrimos algunas vacunas de conformidad con Medicare Part B y la mayoría de las vacunas para adultos según el beneficio de medicamentos de Medicare Part D.<br><br>En el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*, se explica el beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para tener cobertura de medicamentos recetados.<br><br>En el **Capítulo 6** de este *Manual del miembro*, se explica lo que usted paga por los medicamentos a través de nuestro plan. | |
| | **Atención en un centro de enfermería**<br><br>Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en el hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en un hospital.<br><br>Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario).<br>• Comidas, incluidas las dietas especiales.<br>• Servicios de enfermería.<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<br>• Terapia respiratoria.<br>• Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación sanguínea).<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención en un centro de enfermería (continuación)**<br>• Sangre, lo cual incluye el almacenamiento y la administración.<br>• Suministros médicos y quirúrgicos que suelen administrarse en centros de enfermería.<br>• Pruebas de laboratorio que se suelen realizar en centros de enfermería.<br>• Radiografías y otros servicios de radiología que suelen brindarse en centros de enfermería.<br>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería.<br>• Servicios de médicos o profesionales.<br>• Equipo médico duradero.<br>• Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas.<br>• Beneficios de la vista.<br>• Exámenes de audición.<br>• Atención de quiropráctico.<br>• Servicios de podología.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención en un centro de enfermería (continuación)**<br><br>Por lo general, recibe atención en centros de la red. No obstante, usted podría recibir atención en un centro fuera de la red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:<br>• Un centro de enfermería o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en centros de enfermería).<br>• Un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento de dejar el hospital. | |
| | **Examen de detección de obesidad y terapia para mantener el peso bajo**<br><br>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, se cubrirán los servicios de orientación para ayudarle a bajar de peso. Deberá recibir el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De este modo, podrá gestionarse junto con la totalidad del plan de prevención. Consulte a su proveedor de atención primaria para obtener más detalles. | $0 |
| | **Servicios del Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides (OTP)**<br><br>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:<br>• Actividades de admisión.<br>• Evaluaciones periódicas.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios del Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides (OTP) (continuación)**<br>• Medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, la administración y suministro de estos medicamentos.<br>• Asesoramiento sobre el abuso de sustancias.<br>• Terapia individual y grupal.<br>• Pruebas para detectar drogas o sustancias en el cuerpo (pruebas de toxicología). | |
| | **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios**<br>Se cubrirán los siguientes servicios y también otros servicios médicamente necesarios que no se detallan aquí:<br>• Radiografías.<br>• Radiación (radioterapia y terapia con isótopos), incluidos materiales y servicios técnicos.<br>• Suministros quirúrgicos, como apósitos.<br>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones.<br>• Pruebas de laboratorio.<br>• Sangre, lo cual incluye el almacenamiento y la administración.<br>• Exámenes de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), EKG y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando el médico u otro proveedor de atención de salud las indica para tratar una condición médica.<br>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. | $0<br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios**<br><br>Pagamos los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios para determinar si necesita que le admitan como paciente hospitalizado o si pueden darle el alta.<br><br>Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de concesión de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias.<br><br>**Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere paciente ambulatorio. Si no sabe si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.<br><br>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *"Medicare Hospital Benefits" (Beneficios hospitalarios de Medicare).* Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios**<br><br>Pagamos los siguientes servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión:<br>• Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatorios.<br>o Los servicios de observación ayudan al médico a saber si necesita que le admitan en el hospital como paciente hospitalizado.<br>o A veces, puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un paciente ambulatorio.<br>o Puede obtener más información sobre ser paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.<br>• Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital.<br>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin ella, se necesitaría tratamiento para pacientes hospitalizados.<br>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.<br>• Suministros médicos, como férulas y yesos.<br>• Exámenes preventivos y servicios enumerados en la Tabla de beneficios.<br>• Algunos medicamentos que no puede autoadministrarse. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención de salud mental para pacientes ambulatorios**<br>Pagamos los servicios de salud mental brindados por los siguientes prestadores:<br>• Un psiquiatra o médico con licencia estatal.<br>• Un psicólogo clínico.<br>• Un trabajador social clínico.<br>• Un médico especialista en enfermería clínica.<br>• Un consejero profesional con licencia (LPC).<br>• Un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT).<br>• Personal de enfermería con práctica médica (NP).<br>• Un asociado médico (PA).<br>• Un consejero profesional clínico (LPC) con licencia.<br>• Un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT).<br>• Centros Comunitarios de Salud Mental (CMHC).<br>• Clínicas de Salud del Comportamiento (BHC).<br>• Hospitales.<br>• Clínicas con tarifas de atención, como los centros de salud con calificación federal (FQHC), **o**.<br>• Cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicaid o Medicare, según lo permitan las leyes estatales vigentes.<br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)**<br><br>El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:<br>• Servicios clínicos prestados bajo la dirección de un médico.<br>• Servicios de rehabilitación recomendados por un médico o profesional con licencia en artes curativas, como evaluación integrada y planificación del tratamiento, intervención en casos de crisis, terapia y administración de casos.<br>• Servicios de tratamiento diurno.<br>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, como los servicios de opción clínica tipo A y tipo B.<br>• El plan determinará los servicios específicos que cada tipo de proveedor antes mencionado puede brindar y los controles de uso de dichos servicios, de conformidad con las leyes federales y estatales y todas las políticas o acuerdos aplicables.<br><br>El plan de salud cubrirá los servicios móviles de respuesta ante crisis y estabilización ante crisis proporcionados por las siguientes entidades:<br>• Centros comunitarios de salud mental con certificación estatal para crisis. **o**<br>• Clínicas de salud del comportamiento con una certificación estatal para crisis. | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios**<br><br>Se cubrirán los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<br><br>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |
| | **Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios**<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:<br>• Examen de detección y asesoramiento para pacientes con problemas de alcoholismo.<br>• Tratamiento para el abuso de drogas.<br>• Asesoramiento grupal o individual por parte de un médico calificado.<br>• Desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones.<br>• Servicios en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios por consumo de alcohol o sustancias.<br>• Tratamiento con naltrexona de liberación prolongada (vivitrol). | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Cirugía ambulatoria**<br><br>Pagamos la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios en centros hospitalarios y centros de cirugía ambulatoria.<br><br>**Nota:** Si va a someterse a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será paciente hospitalizado o ambulatorio. Salvo que el proveedor haya escrito una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere paciente ambulatorio. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |
| | **Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios**<br><br>La **hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental, y es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o en el consultorio de un consejero profesional con licencia. Puede ayudarle a evitar tener que permanecer en el hospital.<br><br>El **servicio intensivo para pacientes ambulatorios** es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) que se brinda en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud habilitado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o en el consultorio de un consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.<br><br>**Nota:** Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico**<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios:<br><br>• Servicios quirúrgicos o de atención de salud médicamente necesarios prestados en lugares como los siguientes:<br><br>• Consultorio médico.<br><br>• Centro de cirugía ambulatoria certificado.<br><br>• Departamento de pacientes ambulatorios del hospital.<br><br>• Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico especialista.<br><br>• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico especialista, si este los solicita para determinar si necesita tratamiento.<br><br>• Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: servicios urgentemente necesarios, servicios de atención de salud en el hogar, médico de atención primaria, terapia ocupacional, especialistas, sesiones individuales y grupales de salud mental, servicios de podología, otros profesionales de atención de salud, sesiones individuales y grupales para psiquiatría, fisioterapia y terapia del habla, servicios de patología del lenguaje, sesiones individuales para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias y capacitación para el autocontrol de la diabetes.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios de médicos o proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)**<br>• Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe acudir a un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud.<br>• Una consulta virtual (también conocida como una "consulta de telesalud") consiste en una conversación con un médico por teléfono o por internet, a través de un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Para ciertos tipos de consultas posiblemente necesite utilizar internet y un dispositivo con cámara activada.<br>• Nuestro plan ofrece acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a consultas virtuales con médicos con certificación de la junta a través de una red de proveedores virtuales. Este servicio brinda ayuda para abordar una amplia variedad de inquietudes y preguntas relacionadas con la salud. Entre los servicios cubiertos se incluyen consultas de medicina general, salud del comportamiento, dermatología, entre otras. Para obtener más información o encontrar un proveedor de la red de visitas virtuales, llame a servicios al miembro.<br>• Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional, para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios de médicos o proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)**<br>• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal hospitalario o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar.<br>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral.<br>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente.<br>• Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental bajo las siguientes condiciones:<br>o Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud.<br>o Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.<br>o Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias.<br>• Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas de salud rurales y centros de salud con habilitación federal.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios de médicos o proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)**<br>• Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **bajo las siguientes condiciones**:<br>o No es un paciente nuevo **y.**<br>o La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y.**<br>o La consulta no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la próxima cita disponible.<br>• evaluación de videos o imágenes que le envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de este dentro de las 24 horas posteriores **bajo las siguientes condiciones**:<br>o No es un paciente nuevo, y.<br>o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, **y**.<br>o La evaluación no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas posteriores o a la próxima cita disponible.<br>• Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o expedientes de salud electrónicos si usted no es un paciente nuevo.<br>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios de podología**<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios:<br>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón).<br>• Cuidado de los pies de rutina para los miembros con determinadas enfermedades, como la diabetes, que afectan las piernas. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |
| | **Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del HIV**<br><br>Si no tiene HIV, pero su médico u otro profesional de atención de salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer HIV, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados.<br><br>Si califica, los servicios cubiertos incluyen:<br>• Medicamentos orales o inyectables para la PrEP aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento.<br>• Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de contraer HIV, la reducción del riesgo de contraer HIV y el cumplimiento con los medicamentos) cada 12 meses.<br>• Hasta 8 exámenes de detección del HIV cada 12 meses.<br>• Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez. | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Exámenes de detección de cáncer de próstata**<br><br>Para los hombres de 50 años en adelante, se cubrirán los siguientes servicios solo una vez cada 12 meses:<br>• Un examen rectal digital.<br>• Una prueba de antígeno prostático específico (PSA). | $0 |
| | **Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados**<br><br>Las prótesis reemplazan una parte del cuerpo o función por completo o de manera parcial. Estas medidas incluyen, entre otras, las siguientes:<br>• Prueba, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos.<br>• Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía.<br>• Marcapasos.<br>• Aparatos ortopédicos.<br>• Zapatos protésicos.<br>• Brazos y piernas artificiales.<br>• Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía).<br><br>Se pagarán algunos suministros relacionados con las prótesis y los aparatos ortopédicos. También se cubren las reparaciones o el reemplazo de las prótesis y los aparatos ortopédicos.<br><br>Ofrecemos cierta cobertura luego de una cirugía o extracción de cataratas. Para obtener más información, consulte “Atención de la visión” más adelante en esta tabla. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios de rehabilitación pulmonar**<br><br>Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave. Debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la COPD. | $0 |
| | **Examen de detección de infección por el virus de la hepatitis C**<br><br>Cubrimos un examen de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención de salud calificado lo solicita y usted cumple con una de estas condiciones:<br><br>• Tiene alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas.<br><br>• Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992.<br><br>• Nació entre 1945 y 1965.<br><br>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagaremos un examen una vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, si ha seguido consumiendo drogas ilícitas inyectables desde su anterior examen de detección de hepatitis C negativo), cubrimos los exámenes anuales. | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento**<br><br>Pagamos los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una STI. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.<br><br>También pagaremos hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad por año para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de contraer STI. Cada sesión dura entre 20 y 30 minutos.<br>Se cubrirán estas sesiones de orientación como servicio preventivo solo si las proporciona un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico. | $0 |
| | **Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)**<br><br>Para consultar la definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el **Capítulo 12.**<br><br>Se cubrirán los siguientes servicios y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:<br>• Una habitación semiprivada o una habitación privada si es médicamente necesario.<br>• Comidas, incluidas las dietas especiales.<br>• Servicios de enfermería especializada.<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)**<br>• Medicamentos que recibe como parte del plan de atención, incluidas las sustancias que se encuentran de forma natural en el cuerpo, como los- factores de coagulación de la sangre.<br>• Sangre, lo cual incluye el almacenamiento y la administración.<br>• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por SNF.<br>• Pruebas de laboratorio realizadas por SNF.<br>• Radiografías y otros servicios de radiología prestados en centros de enfermería.<br>• Aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería.<br>• Servicios de médicos/proveedores.<br>En general, obtendrá atención de SNF en centros de la red. En determinadas condiciones, es posible que pueda recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:<br>• Un centro de enfermería o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en centros de enfermería especializada).<br>• Un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted deja el hospital. | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Dejar de fumar y consumir tabaco**<br><br>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios e internados que cumplan con estos criterios:<br><br>• Consumen tabaco, al margen de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco.<br><br>• Son competentes y están alerta durante el asesoramiento.<br><br>• Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento.<br><br>Cubrimos dos intentos de cesación por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de ocho sesiones por año). | $0 |
| | **Plataforma de apoyo social**<br><br>Nuestro plan ofrece una plataforma de apoyo social en línea para respaldar su bienestar general. La plataforma ofrece participación comunitaria, actividades terapéuticas y recursos patrocinados por el plan para ayudar a controlar el estrés y la ansiedad. La plataforma hace que sea simple participar e involucrarse a fin de ayudarle a gestionar sus necesidades de salud del comportamiento. Está disponible en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por lo que puede usarla cuando lo desee.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Plataforma de apoyo social (continuación)**<br><br>La plataforma de apoyo social incluye lo siguiente:<br><br>• Programas de bienestar personalizados: acceda a programas autoguiados personalizados de 4 semanas diseñados para mejorar el bienestar físico y emocional mediante la incorporación de información de expertos en envejecimiento saludable para dar apoyo específico a los miembros. Siga los programas a su propio ritmo y haga un seguimiento de su progreso para controlar las mejoras en su salud.<br>• Apoyo de pares y expertos: conéctese con una comunidad en línea en un espacio moderado donde puede interactuar con pares 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.<br>• Herramientas digitales de salud personalizadas: participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos basados en la terapia cognitivo-conductual, la atención plena y la psicología positiva. Estas herramientas abordan temas clave, como el envejecimiento saludable, la gestión del aislamiento, la prestación de cuidados, el duelo y la búsqueda de un propósito en el envejecimiento, entre otros.<br><br>Para acceder a la plataforma, los miembros pueden iniciar sesión en el portal para miembros en go.wellcare.com/member o llamar a Servicios al Miembro. Después de registrarse, puede acceder a la plataforma directamente en cualquier momento desde una computadora, una tableta o un teléfono inteligente. | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Servicios para trastornos por consumo de sustancias**<br><br>El plan cubrirá los servicios para trastornos por consumo de sustancias prestados por las siguientes entidades:<br>• Un centro de abuso de sustancias con licencia estatal.<br>• Hospitales.<br><br>El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios médicamente necesarios para trastornos por consumo de sustancias:<br>• Servicios (grupales o individuales) para pacientes ambulatorios, como evaluación, terapia, control de medicamentos y evaluación psiquiátrica.<br>• Tratamiento asistido con medicamentos (MAT) para la dependencia de opioides, como recetar y administrar metadona, administrar el plan de atención y coordinar otros servicios para trastornos por consumo de sustancias.<br>• Servicios (grupales o individuales) intensivos para pacientes ambulatorios.<br>• Servicios de desintoxicación.<br>• Algunos servicios residenciales, como servicios de rehabilitación a corto plazo. | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Terapia de ejercicio supervisada (SET)**<br><br>Se cubrirá la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.<br><br>Nuestro plan cubre lo siguiente:<br>• Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET.<br>• 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesario.<br><br>Las características del programa SET deben ser las siguientes:<br>• Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación).<br>• En un entorno ambulatorio de hospital o en el consultorio de un médico.<br>• Administradas por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere al daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD.<br>• Bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o personal de enfermería con práctica médica/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado. | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención urgentemente necesaria**<br><br>La atención urgentemente necesaria es aquella que se brinda para tratar lo siguiente:<br>• Una situación que no es una emergencia y requiere atención médica inmediata; **o.**<br>• Una enfermedad imprevista; **o.**<br>• Una lesión.<br>• Una condición que requiere atención de inmediato.<br><br>Si necesita atención urgentemente necesaria, primero debe intentar obtenerla a través de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red porque, debido al tiempo, al lugar o a las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de ellos (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).<br><br>Los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos están cubiertos. | $0<br><br>Copago de $115 por servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos.<br><br>Usted paga este monto incluso si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas posteriores por la misma condición.<br><br>Tiene cobertura de hasta $50,000 por año para servicios de emergencia o urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos. |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención de la visión**<br><br>Pagamos los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.<br><br>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos un examen de detección de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes:<br>• Personas con antecedentes familiares de glaucoma.<br>• Persona con diabetes.<br>• Afroamericanos de 50 años o más.<br>• Hispanoamericanos mayores de 65 años.<br><br>Para las personas con diabetes, pagamos el examen de detección de retinopatía diabética una vez al año.<br><br>Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta una lente intraocular.<br><br>Si se realiza dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No se pueden obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aun cuando no se haya obtenido un par después de la primera.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0<br><br>**Es posible que se requiera autorización previa.** |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención de la visión (continuación)**<br><br>**Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de la visión suplementarios (es decir, de rutina):**<br>• 1 examen ocular de rutina cada año. El examen ocular de rutina incluye una prueba de glaucoma para las personas con riesgo de glaucoma y un examen de retina para las personas con diabetes.<br><br>• Pares ilimitados de anteojos recetados por año hasta un beneficio máximo de $300 por año. Los artículos oculares cubiertos incluyen cualquiera de los siguientes:<br>o Anteojos (marco y lentes).<br>o Solo lentes para anteojos.<br>o Solo marcos para anteojos.<br>o Lentes de contacto en lugar de anteojos.<br>o Actualizaciones de equipos para la visión.<br><br>La tarifa de ajuste de lentes de contacto está cubierta por el plan.<br><br>El monto máximo de cobertura de beneficios del plan de $300 por año se aplica al costo minorista de marcos o lentes (incluidas las opciones de lentes, como tintes y tratamientos). Usted es responsable de cualquier costo por encima del máximo de beneficios para anteojos suplementarios (es decir, de rutina).<br><br>Los artículos para la visión cubiertos por Medicare no están incluidos en el máximo del beneficio suplementario (es decir, de rutina). Los miembros no pueden usar su beneficio suplementario de artículos para la visión para aumentar su cobertura de artículos para la visión cubiertos por Medicare.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Atención de la visión (continuación)**<br><br>Los servicios de la visión deben obtenerse a través de la red de la visión del plan. Si tiene preguntas sobre cómo buscar un proveedor o si necesita más información, llame a Servicios al Miembro.<br><br>**Nota:** La cobertura de los servicios de la visión de rutina es un beneficio suplementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni Illinois Medicaid pagará su parte del costo de estos servicios. | |
| | **Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare"**<br><br>Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" por única vez. La visita incluye lo siguiente:<br>• Una revisión de su salud.<br>• Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes de detección y vacunas).<br>• Remisiones para otro tipo de atención si la necesita.<br><br>**Note:** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" solo durante los primeros 12 meses en los que usted cuente con la cobertura de Medicare Part B. Cuando programe la consulta, informe al consultorio del médico que desea programar una visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Wellcare Spendables®**<br><br>Recibirá **$153 por mes** precargados en su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos de venta libre (OTC) y servicios dentales, de la visión y de la audición.<br>• La cobertura asignada mensual **se transfiere al mes siguiente si no se usa y vence al finalizar el año del plan**.<br><br>**Puede utilizar la cobertura asignada de su tarjeta en lo siguiente:**<br><br>**Artículos de venta libre (OTC):**<br>Puede usar la tarjeta en las tiendas minoristas participantes, a través de la aplicación móvil o en el portal para miembros para hacer un pedido de entrega a domicilio.<br>Los artículos cubiertos incluyen los siguientes:<br>• Artículos de marca y genéricos de venta libre<br>• Vitaminas, analgésicos, artículos para resfríos y alergias, artículos para la diabetes<br>• Use el escáner de código de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en tiendas minoristas, inicie sesión en el portal para miembros o consulte el catálogo.<br><br>**Nota:** En determinadas circunstancias, los equipos de diagnóstico y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Debe (siempre que sea posible) utilizar los beneficios médicos de nuestro plan antes de gastar su asignación para artículos de OTC en estos artículos.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Wellcare Spendables® (continuación)**<br><br>**Servicios dentales, de la visión y de la audición**<br><br>Puede utilizar la tarjeta para reducir los gastos de bolsillo por servicios dentales, de la visión y de la audición. La tarjeta debe utilizarse para pagarle directamente al proveedor de servicios dentales, de la visión o de la audición.<br><br>• Todas las compras y transacciones deben realizarse en el consultorio o en la ubicación de un proveedor.<br>• La cobertura asignada no puede utilizarse para servicios cosméticos o estéticos, óxido nitroso, sedación intravenosa o blanqueamiento dental.<br><br>**La tarjeta puede usarse para lo siguiente:**<br>**Beneficios dentales**<br>Esta cobertura asignada no reemplaza su beneficio dental de rutina. Debe usar el beneficio de nuestro plan antes de usar la cobertura asignada de Spendables.<br><br>• Exámenes bucales.<br>• Radiografías dentales.<br>• Otros servicios dentales de diagnóstico.<br>• Tratamiento con flúor.<br>• Otros servicios dentales preventivos.<br>• Servicios de restauración.<br>• Endodoncia.<br>• Periodoncia.<br>• Prostodoncia removible.<br>• Prostodoncia fija.<br>• Cirugía bucal y maxilofacial.<br>• Servicios generales complementarios.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Wellcare Spendables® (continuación)**<br><br>**Servicios de la visión**<br><br>Esta cobertura asignada no reemplaza el beneficio de la visión de rutina. Debe usar el beneficio de nuestro plan antes de usar la cobertura asignada de Spendables.<br><br>• Examen ocular de rutina<br>• Lentes de contacto<br>• Anteojos (marcos y lentes)<br>• Lentes para anteojos<br>• Marcos para anteojos<br>• Mejoras<br><br>**Cobertura de audición**<br><br>Esta cobertura asignada no reemplaza su beneficio de audición de rutina. Debe usar el beneficio de nuestro plan antes de usar la cobertura asignada de Spendables.<br><br>• Examen de audición de rutina<br>• Ajustes y evaluación para audífonos<br>• Audífonos recetados (todos los tipos)<br><br>**Los beneficios que se mencionan a continuación son parte de SSBCI. No todos los miembros califican. Debe cumplir con los criterios de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan.**<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Wellcare Spendables® (continuación)**<br><br>**<u>Si califica, la cobertura asignada de la tarjeta también puede usarse para lo siguiente:</u>**<br><br>• Gasolina de pago en surtidor.<br>• Alimentos saludables.<br>• Artículos de seguridad y asistencia en el hogar.<br>• Servicios y artículos para el control de plagas.<br>• Ayuda para el alquiler.<br>• Asistencia para servicios públicos.<br><br>Consulte los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios.<br><br>**<u>Cómo usar su tarjeta:</u>**<br><br>1. Active la tarjeta antes de usarla.<br>2. Visite una tienda minorista participante, inicie sesión en el enlace del portal que se indica a continuación o descargue la aplicación móvil Wellcare Spendables®.<br>3. Seleccione los artículos/servicios aprobados.<br>4. En la tienda minorista, proceda finalice la compra y pague con su tarjeta Wellcare Spendables®. Para pedidos en línea o a través de la aplicación móvil, inicie sesión para acceder y utilizar el beneficio.<br>5. Su tarjeta no es una tarjeta de crédito, pero es posible que, al pagar, deba ingresarse como “crédito”. Si se le solicita, ingrese el PIN que creó cuando activó la tarjeta.<br><br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | |

| Servicio cubierto | | Lo que usted debe pagar |
|---|---|---|
| | **Wellcare Spendables® (continuación)**<br><br>**Información adicional que debe conocer:**<br>• Una vez que haya utilizado su asignación para gastos, usted debe pagar el costo restante de sus compras.<br>• Puede devolver los artículos comprados en la tienda siguiendo las políticas de devolución y cambio de las tiendas minoristas.<br>• Si su tarjeta no funciona correctamente o tiene un problema técnico, comuníquese con nosotros al número que figura a continuación.<br>• Wellcare no se hace responsable del robo o la pérdida de tarjetas.<br>• La tarjeta Wellcare Spendables® es solo para uso personal, no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo.<br>• Ciertos servicios de alquiler y servicios públicos pueden ser elegibles para un reembolso si el pago no se procesa. Comuníquese con nosotros o envíe una solicitud de reembolso a través del portal para miembros para que la revisemos. Los reembolsos deben presentarse dentro de los 120 días posteriores a la fecha de la transacción y deben darse dentro del mismo año del plan.<br>• Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Solo se cubren los artículos aprobados.<br>• Esta no es un beneficio de Illinois Medicaid.<br><br>**Para obtener más información sobre Wellcare Spendables® o para solicitar un catálogo, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono que figura al final de la página.**<br><br>**También puede visitar el sitio web:** member.wellcare.com. | |

## E. Servicios de exención

| Servicios del programa de exención: servicios basados en el hogar y la comunidad cubiertos por nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|---|
| **Personas mayores**<br>Departamento de la Tercera Edad (DOA)<br>• Servicio diurno para adultos (ADS).<br>• Servicio de transporte diurno para adultos.<br>• Servicios en el hogar (amo/a de casa).<br>• Servicios de respuesta de emergencia en el hogar.<br>• Dispensador automático de medicamentos (AMD). | $0 |
| **Personas con discapacidades**<br>Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS)<br>• servicio diurno para adultos (ADS);<br>• servicio de transporte diurno para adultos;<br>• adaptaciones de accesibilidad del entorno;<br>• asistente de salud a domicilio;<br>• proveedor individual (IP);<br>• enfermería;<br>• enfermería intermitente;<br>• terapia ocupacional;<br>• fisioterapia;<br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |

| Servicios del programa de exención: servicios basados en el hogar y la comunidad cubiertos por nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|---|
| **Personas con discapacidades (continuación)**<br>• Terapia del habla.<br>• Servicio en el hogar (amo/a de casa).<br>• Comidas a domicilio.<br>• Sistema personal de respuesta ante emergencias.<br>• Servicios de relevo.<br>• Equipo médico especializado. | |
| **Personas con HIV/sida**<br>Departamento de Servicios de Rehabilitación<br>• Cuidado diurno para adultos.<br>• Transporte.<br>• Adaptaciones de accesibilidad del entorno.<br>• Asistente de salud a domicilio.<br>• Proveedor individual (IP).<br>• Enfermería.<br>• Enfermería intermitente.<br>• Terapia ocupacional.<br>• Fisioterapia.<br>• Terapia del habla.<br>• Servicio en el hogar (amo/a de casa).<br>• Comidas a domicilio.<br>• Sistema personal de respuesta ante emergencias.<br>**Este beneficio continúa en la página siguiente.** | $0 |

| Servicios del programa de exención: servicios basados en el hogar y la comunidad cubiertos por nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|---|
| **Personas con HIV/sida (continuación)**<br>• Servicios de relevo.<br>• Equipos y suministros médicos especializados. | |
| **Personas con lesión cerebral**<br>Departamento de Servicios de Rehabilitación (DRS)<br>• Cuidado diurno para adultos.<br>• Transporte para centros de cuidado diurno para adultos.<br>• Habilitación diurna.<br>• Adaptaciones de accesibilidad del entorno.<br>• Asistente de salud a domicilio.<br>• Proveedor individual (IP).<br>• Enfermería.<br>• Enfermería intermitente.<br>• Servicios prevocacionales.<br>• Servicio en el hogar (amo/a de casa).<br>• Comidas a domicilio.<br>• Sistema personal de respuesta ante emergencias.<br>• Servicios de relevo.<br>• Equipos y suministros médicos especializados.<br>• Empleo con apoyo.<br>• Terapias (ocupacional, física, del habla).<br>• Terapias cognitivo-conductuales. | $0 |

| Servicios del programa de exención: servicios basados en el hogar y la comunidad cubiertos por nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
|---|---|
| **Programa de Vida Asistida**<br><br>Atención de Salud y Servicios Familiares (HFS)<br><br>El Programa de Vida Asistida (SLP) ofrece servicios de residencia asistida. Es una alternativa a la atención tradicional en un centro de convalecencia, ya que combina viviendas de estilo apartamento con cuidado personal y servicios de asistencia.<br><br>Los servicios de residencia asistida pueden incluir lo siguiente:<br>• Promoción de la salud.<br>• Enfermería intermitente.<br>• Supervisión de medicamentos.<br>• Cuidado personal.<br>• Tareas domésticas.<br>• Lavandería.<br>• Promoción social/recreativa.<br>• Sistema de llamada de emergencia.<br>• Chequeo de bienestar.<br>• Mantenimiento.<br>• Sistema de llamada de emergencia.<br>• Comidas y refrigerios.<br>• Programa de ejercicios.<br>• Personal de seguridad disponible las 24 horas. | $0 |

## F. Beneficios cubiertos por fuera del plan

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

Los servicios de aborto están cubiertos por Medicaid (no por nuestro plan) mediante el uso de su tarjeta médica de Atención de Salud y Servicios Familiares (HFS).

### F1. Transporte que no es de emergencia

Los servicios de ambulancia terrestre que no son de emergencia (no cubiertos por Medicare) están excluidos de la atención administrada de Medicaid. Se incluye como un beneficio para miembros, pero los proveedores de ambulancia facturan directamente a HFS**. De cualquier forma, el plan le ayudará a coordinar estos servicios.**

## G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Illinois Medicaid

Esta sección le brinda información sobre los beneficios excluidos por el plan. “Excluido” significa que no pagamos por estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los pagan.

En la lista a continuación, se describen algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna condición, y algunos que solo excluimos en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del miembro*), excepto en las condiciones específicas mencionadas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no los pagará. Si cree que nuestro plan debe pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte la **Sección E** del **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 que no se consideren “razonables ni médicamente necesarios” según las normas de Medicare e Illinois Medicaid, a menos que los incluyamos en la lista de servicios cubiertos.
- Medicamentos, tratamientos y artículos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Consulte la **Sección K** del **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 tienen la aprobación general de la comunidad médica.

- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Personal de enfermería privado.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Tarifas que cobran sus familiares directos o miembros de su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora optativos o voluntarios (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienvejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otro procedimiento estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con alguna malformación. Sin embargo, se cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para lograr la simetría.
- Atención de quiropráctico, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.
- Procedimientos para la reversión de una esterilización.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a los veteranos en centros de Asuntos de Veteranos de Guerra (VA) Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de atención de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido según nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted debe pagar lo que le corresponde del costo compartido.

# Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios

## Introducción

En este capítulo se explican las reglas para obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que obtiene en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Part D e Illinois 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 no se tratan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part A.** Por lo general, incluyen medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o en un centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part B.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que se administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos por Medicare Part B, consulte la Tabla de beneficios en la **Sección D** del **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de Medicare Part D del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted está en un centro de atención para pacientes terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección D** del **Capítulo 5** “Si participa en un programa certificado de Medicare para pacientes terminales.”

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

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre que siga las reglas de esta sección.

Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otro profesional que expide recetas) que emita su receta, la cual debe ser válida conforme a la legislación estatal aplicable. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP le ha remitido para recibir atención.

El profesional que expide recetas **no** debe estar en las listas de exclusión de Medicare.

Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos recetados (consulte la **Sección A1** para obtener más información). O bien, puede surtir sus medicamentos recetados a través del servicio de compra por correo del plan.

El medicamento recetado debe estar en la lista de medicamentos de nuestro plan. *Lista de medicamentos cubiertos*, a la cual llamamos *Lista de medicamentos* para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo si le concedemos una excepción.
- Consulte la **Sección G** del **Capítulo 9**, para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

El medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. El profesional que expide recetas puede ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado. En el caso de los medicamentos cubiertos por Medicaid, significa que el uso del medicamento está dentro de lo razonable y es necesario para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades graves, o aliviar el dolor intenso durante el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la **Sección C** en este capítulo).

# Índice

A. Cómo surtir sus medicamentos recetados ..... 154

A1. Surtir su medicamento recetado en una farmacia de la red ..... 154

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación (ID) de miembro cuando surta un medicamento recetado ..... 154

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red ..... 154

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red ..... 155

A5. Usar una farmacia especializada ..... 155

A6. Uso de servicios de compra por correo para obtener sus medicamentos ..... 156

A7. Obtener un suministro a largo plazo de medicamentos ..... 158

A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan ..... 159

A9. Reembolso de un medicamento recetado ..... 161

B. *Lista de medicamentos* de nuestro plan ..... 161

B1. Medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* ..... 161

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* ..... 162

B3. Medicamentos que no figuran en nuestra *Lista de medicamentos* ..... 162

B4. *Lista de medicamentos* niveles de costo compartido ..... 164

C. Límites en algunos medicamentos ..... 165

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto ..... 167

D1. Obtener un suministro temporal ..... 167

D2. Solicitud de un suministro temporal ..... 168

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos ..... 169

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....172

F1. En un hospital o en un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por nuestro plan. .....172

F2. En un centro de atención a largo plazo .....172

F3. En un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare. .....172

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos .....173

G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura.....173

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos.....173

G3. Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura .....175

# A. Cómo surtir sus medicamentos recetados

## A1. Surtir su medicamento recetado en una farmacia de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de la atención.

## A2. Cómo usar su tarjeta de identificación (ID) de miembro cuando surta un medicamento recetado

Para surtir su receta médica, **muestre su tarjeta de identificación (ID) de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura su medicamento cubierto.

Si no tiene su tarjeta de identificación (ID) de miembro cuando surta su medicamento recetado, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria. También puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire. Luego, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicios al Miembro.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para solicitarnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta médica, comuníquese con Servicios al Miembro. o con su coordinador de la atención.

## A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

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

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

### A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia a la que acude abandona la red de nuestro plan, debe buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de la atención.

### A5. Usar una farmacia especializada

Algunos medicamentos recetados deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas son las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.
    - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
    - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no está en nuestra red o si tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios al Miembro.
- Farmacias que prestan servicios al Programa de Salud Indígena Urbano/Tribal/Servicios de Salud para Indígenas. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: esta situación debería ocurrir con poca frecuencia). Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de la atención.

## A6. Uso de servicios de compra por correo para obtener sus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de compra por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos que se envían por correo son aquellos que se toman con regularidad para tratar una condición médica crónica 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 compra por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro para al menos 35 días del medicamento y un suministro para no más de 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

### Surtir medicamentos recetados por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados 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 bien, pueden iniciar sesión en expressscripts.com/rx. Si utiliza una farmacia de compra por correo que no forma parte de la red del plan, su medicamento recetado no estará cubierto.

Por lo general, un medicamento recetado de compra por correo llega dentro de las 14 días. Sin embargo, a veces su medicamento recetado de compra por correo puede demorarse. Para los medicamentos a largo plazo que necesita de inmediato, pídale a su médico dos recetas: una para un suministro de 30 días para surtir en una farmacia minorista participante y otra para un suministro a largo plazo (de 35 a 100 días) para surtir por correo. Si tiene algún problema para surtir su suministro para 30 días en una farmacia minorista participante cuando el pedido de medicamentos recetados de compra por correo se retrasa, pida a la farmacia minorista que llame a nuestro Centro de Servicios a Proveedores al 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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 bien, pueden iniciar sesión en expressscripts.com/rx.

### Procesos de compra por correo

El servicio de compra por correo tiene procedimientos diferentes para los medicamentos recetados nuevos que recibe de usted, los medicamentos recetados nuevos que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus medicamentos recetados de compra por correo.

**1. Nuevos medicamentos recetados que la farmacia obtiene de usted.**

La farmacia surte y entrega automáticamente los nuevos medicamentos recetados que recibe de usted.

**2. Nuevos medicamentos recetados que la farmacia obtiene del consultorio de su proveedor.**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente los nuevos medicamentos recetados que recibe de los proveedores de atención de salud, sin consultar primero con usted, en estos casos:

- Utilizó servicios de compra por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribe en el servicio de entrega automática de todos los medicamentos recetados nuevos que reciba directamente de los proveedores de atención de salud. Puede solicitar la entrega automática de todos los medicamentos recetados nuevos ahora o en cualquier momento. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711). las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O bien, pueden iniciar sesión en expressscripts.com/rx.

Si en el pasado utilizó el servicio de compra por correo y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento recetado nuevo, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), las 24 horas del día. día, los 7 días de la semana. O bien, pueden iniciar sesión en expressscripts.com/rx.

Si nunca usó el servicio de entrega por correo o decide dejar de surtir automáticamente los nuevos medicamentos recetados, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención de salud para averiguar si quiere que le surtan el medicamento y se lo envíen de inmediato.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Para optar por no recibir automáticamente los nuevos medicamentos recetados que obtenga 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), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O bien, pueden iniciar sesión en expressscripts.com/rx.

**3. Resurtidos de medicamentos recetados de compra por correo**

Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En virtud de este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que debería estar a punto de quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos. Usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o ha cambiado de medicamento.
- Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que se acabe su medicamento recetado actual para asegurarse de que le envíen su próximo pedido a tiempo.

Para no participar en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de compra 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 bien, pueden iniciar sesión en expressscripts.com/rx.

Infórmele a la farmacia cuáles son las mejores formas de comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviarlo. 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 bien, pueden iniciar sesión en expressscripts.com/rx.

## A7. Obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la *Lista de medicamentos* del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman de forma regular para tratar una condición médica crónica o a largo plazo).

Algunas farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

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

## A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red únicamente cuando no le es posible utilizar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera del área de servicios donde puede surtir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero con Servicios al Miembro para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

Pagamos los medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

**Viajes:** Cobertura cuando viaja o está fuera del área de servicios del plan.

- Si toma un medicamento recetado con regularidad y se va de viaje, asegúrese de comprobar el suministro del medicamento antes de viajar. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos recetados con anticipación a través de una farmacia de compra por correo.
- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, pierde o se queda sin medicamentos recetados, cubriremos los medicamentos recetados que se surtan en una farmacia fuera de la red. En este caso, tendrá que pagar el costo total cuando surta su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo enviando un formulario de reembolso. Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su medicamento recetado. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte la **Sección B** del **Capítulo 7** para solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos.
- También puede llamar a Servicios al Miembro para averiguar si hay una farmacia de la red en el área a donde viaja.
- No podemos pagar ningún medicamento recetado que se surta en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, ni siquiera en caso de emergencia médica.

**Emergencia médica:** ¿Qué sucede si necesito un medicamento recetado debido a una emergencia médica o porque necesito atención de urgencia?

- Cubriremos los medicamentos recetados que se surtan en una farmacia fuera de la red si los medicamentos recetados están relacionados con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia. En este caso, tendrá que pagar el costo total cuando surta su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo enviando un formulario de reembolso. Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por un medicamento recetado surtido en una farmacia dentro de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su medicamento recetado. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte la **Sección B** del **Capítulo 7**.

**Situaciones adicionales:** En otras ocasiones, puede obtener cobertura para sus medicamentos recetados si va a una farmacia fuera de la red.

- Cubriremos su medicamento recetado en una farmacia fuera de la red si se cumple al menos una de las siguientes condiciones:
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicios porque no hay una farmacia de la red, dentro de una distancia razonable en automóvil, que brinde servicios las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no está disponible regularmente en una farmacia minorista accesible de la red o de compra por correo (incluidos los medicamentos únicos y de alto costo).
- Si recibe una vacuna que es médicamente necesaria, pero que no está cubierta por Medicare Part B y que se administra en el consultorio del médico.
- Si obtiene un medicamento recetado cubierto en una farmacia institucional mientras es paciente de una clínica de cirugía ambulatoria u otro entorno para pacientes ambulatorios.

Para todas las situaciones mencionadas anteriormente, puede recibir un suministro de medicamentos recetados para 30 días como máximo. Además, es probable que 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 la situación por la que utilizó una farmacia fuera de nuestra red. Esto ayudará con el procesamiento de su solicitud de reembolso. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte la **Sección B** del **Capítulo 7**.

### A9. Reembolso de un medicamento recetado

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total cuando obtiene su medicamento recetado. Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubriríamos en una farmacia dentro 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,* a la cual llamamos *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 indica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento incluido en la *Lista de medicamentos* del plan cuando sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

### B1. Medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*

La *Lista de medicamentos* solo muestra los medicamentos cubiertos por Medicare Part D. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid Illinois. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Illinois Medicaid, comuníquese con Illinois Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Illinois Medicaid en la **Sección F** del **Capítulo 2**).

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con una marca registrada que pertenece al fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a “medicamentos”, podemos hacer referencia a un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca.

Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen ser más baratos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos productos 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 pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre (OTC). Algunos medicamentos OTC cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

### B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*

Para averiguar si un medicamento que toma está en la *Lista de medicamentos*, puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan, go.wellcare.com/MeridianIL. La *Lista de medicamentos* del sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o pedir una copia de la lista.
- Usar nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en go.wellcare.com/MeridianIL para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podría tratar la misma condición. También puede llamar a su coordinador de la atención o a Servicios al Miembro.

### B3. Medicamentos que no figuran en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos.*

- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos.* Para obtener más información, consulte la **Sección 9** del **Capítulo 9.**

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo de bolsillo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G** del **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

Estas son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de Medicare Part D y de Illinois Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya está cubierto por Medicare Part A o Medicare Part B. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.

2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su condición. Su médico u otro proveedor pueden recetarle un medicamento determinado para tratar su condición, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se llama “uso no indicado en la etiqueta”. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos recetados para usos no autorizados.

Además, por ley, ni Medicare ni Illinois Medicaid pueden cubrir los tipos de medicamentos que se enumeran a continuación.

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos utilizados con fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados con fluoruro.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que solo ellos deben realizarle las pruebas o los servicios.

### B4. *Lista de medicamentos* niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de los seis niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos que, por lo general, son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos u OTC). En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

El nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca. El copago es $0.

El nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca. El copago es $0.

El nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos. El copago es $0.

El nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos. El copago es $0.

El nivel 5 (nivel de especialidad) incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior. Este es el nivel más alto. El copago es $0.

El nivel 6 (medicamentos de atención seleccionados) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar condiciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas). Este es el nivel más bajo. El copago es $0.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en nuestra *Lista de medicamentos*.

La **Sección C** del **Capítulo 6** de este *Manual del miembro* indica el monto que paga por los medicamentos en cada nivel.

## C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, existen reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas le recomiendan obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

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 potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención de salud. También pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; comprimido versus líquido).

**Si hay una restricción especial para su medicamento, esto generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento.** Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos su diagnóstico o brindarnos los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, pídanos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podríamos aceptar o no permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte la **Sección G** del **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

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

   Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y, por lo general, cuesta menos. En la mayoría de los casos, si hay disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, las farmacias de nuestra red le brindan la versión genérica o biosimilar intercambiable.

   - Por lo general, no pagamos el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
   - Sin embargo, si su proveedor nos informó el motivo médico por el cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos para tratar la misma condición no son eficaces para usted, cubriremos el medicamento de marca.

**2. Obtener aprobación del plan por adelantado**

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que expide recetas deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se denomina autorización previa. Se implementa 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 al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web al go.wellcare.com/pa-basic para obtener más información sobre la autorización previa.

**3. Probar primero un medicamento diferente**

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igual de efectivos 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 es menos costoso, nuestro plan puede exigirle que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A no le funciona, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada. Llame a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web al go.wellcare.com/st-basic para obtener más información sobre la terapia escalonada.

**4. Límites de cantidad**

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

Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, consulte la *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web en go.wellcare.com/MeridianIL. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte la **Sección G** del **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

## D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

Intentamos que su cobertura de medicamentos sea adecuada para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto como usted quiere. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que quiere tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos*. O bien, una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión de marca que quiere tomar no está cubierta. Es posible que un medicamento sea nuevo y aún no hayamos revisado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas especiales o límites en la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, **Sección C**, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que expide recetas pueden solicitarnos una excepción.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera que usted quiere que lo hagamos.

### D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en nuestra *Lista de medicamentos* o está limitada de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o para pedirnos que cubramos el medicamento.

**Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las siguientes dos reglas:**

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. Debe encontrarse en una de estas situaciones:
   - Usted es nuevo en nuestro plan.
     - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento. **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**

- Este suministro temporal es para un suministro de hasta 30 días en una farmacia minorista y un suministro de 31 días de medicamentos en una farmacia de atención a largo plazo.
- Si su receta médica indica menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de suministro en una farmacia minorista o un suministro de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. La receta debe surtirse en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.

- Ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubrimos un suministro de 31 días, o menos si su receta médica indica menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.
  - Si cambia su nivel de atención (por ejemplo, si se traslada a un centro de atención a largo plazo o a un hospital), cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta médica indica menos días, permitiremos que vuelva a surtir el medicamento para obtener un suministro total de hasta 30 días.

### D2. Solicitud de un suministro temporal

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

**Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro.** Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

  Es posible que nuestro plan cubra un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios al Miembro para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos para tratar la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser adecuado para usted.

  **O**

- Pida una excepción.

  Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no esté en la *Lista de medicamentos* o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que tiene un buen motivo médico para solicitar una excepción, puede ayudarle a solicitarla.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte la **Sección G** del **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

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

## E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1.º de enero, pero es posible que, durante el año, agreguemos medicamentos a nuestra *Lista de medicamentos* o eliminemos algunos. También podemos cambiar las reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

- Decidir si se requiere o no la aprobación previa (PA) para un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

Si toma un medicamento que cubrimos a **principio** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento. **durante el resto del año** a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más económico que funcione tan bien como un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* ahora, **o**

- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, **o**
- se retira un medicamento del mercado.

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

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando nuestra *Lista de medicamentos* cambia, siempre puede:

- Consultar nuestra *Lista de medicamentos* en línea: go.wellcare.com/druglist-678 **o**
- Llamar a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de la página para consultar la *Lista de medicamentos*.

**Cambios que podríamos hacer a la *Lista de Medicamentos* que le afectarían durante este año del plan**

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* ocurrirán de inmediato. Por ejemplo:

- Un nuevo medicamento genérico está disponible. A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original que se encuentra en la *Lista de medicamentos* actualmente. Cuando eso suceda, es posible que eliminemos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo.

  Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar las reglas de cobertura o los límites.

  - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que ocurra.
  - Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte la **Sección G** del **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

**Eliminación de medicamentos inseguros y otros que se retiran del mercado.** A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que lo quitemos de inmediato de nuestra *Lista de medicamentos*.

Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de realizar el cambio. Hable con su médico u otro profesional que expide recetas para que le ayuden a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar.

**Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma.**
Le informamos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas pautas o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando ocurren estos cambios, nosotros:

- Le informamos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en nuestra *Lista de medicamentos* **o**
- Le informamos y le brindamos un suministro de 30 días del medicamento después de que solicite un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que expide recetas. Pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar **o**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para que continuemos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando.. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte la **Sección G** del **Capítulo 9,** de este *Manual del miembro*.

**Cambios en la *Lista de medicamentos* que no le afectarían durante este año del plan**

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma que no se describen arriba y no le afectarían ahora. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principio** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento. **durante el resto del año**.

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

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1.º de enero del próximo año.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan en curso. 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 algún cambio en los medicamentos que toma que pueda afectarle durante el próximo año del plan.

## F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

### F1. En un hospital o en un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por nuestro plan.

Si es admitido/a en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. No pagará ningún copago. Una vez que deja el hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre que cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

### F2. En un centro de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de convalecencia) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Servicios al Miembro.

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

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

- Es posible que esté inscrito en un centro de atención para pacientes terminales de Medicare y necesite ciertos medicamentos (p. ej., analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que su centro no cubre porque no está relacionado con su pronóstico y condiciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide recetas o del proveedor de atención para pacientes terminales de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.

- Para evitar retrasos en la obtención de medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, puede pedirle a su proveedor de servicios de atención para pacientes terminales o al profesional que expide recetas que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que le surta la receta.

Si deja el centro de atención para pacientes terminales, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para prevenir demoras en la farmacia cuando se termine su beneficio de Medicare para pacientes terminales, lleve documentación a la farmacia para verificar que dejó el centro de atención para pacientes terminales.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que tratan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte la **Sección D** del **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre el beneficio de atención para pacientes terminales.

## G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

### G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura

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

- Podrían no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar que hace lo mismo.
- Podrían no ser seguros para su edad o género.
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo.
- Tienen ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico.
- Podrían contener un error en la cantidad (dosis).
- Tienen cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

### G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, usted puede ser elegible para obtener servicios, sin costo alguno, a través de un programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM).

Este programa es voluntario y gratuito. Este programa les ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablara con usted sobre:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma.
- Cualquier inquietud que tenga, como costos de medicamentos y reacciones a los medicamentos.
- La mejor manera de tomar sus medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento recetado y sobre- el- medicamento de venta libre.

Luego, le darán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen incluye un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, la cantidad, cuándo y por qué los toma.
- Información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

ESe recomienda hablar con el profesional que expide sus recetas sobre el plan de acción y la lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y la lista de medicamentos a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención de salud.
- Lleve la lista de medicamentos con usted si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, automáticamente le inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no quiere participar en el programa, háganoslo saber y le daremos de baja.

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

## G3. Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

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

Si usa opioides que obtiene de varios profesionales que expiden recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, es posible que hablemos con los profesionales que expiden sus recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, en colaboración con los profesionales que expiden recetas, decidimos que el uso de opioides recetados o benzodiazepinas podría no ser seguro, podemos limitar la forma en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones podrían ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en una farmacia determinada.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de un determinado profesional que expide recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le informará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor específico o farmacia específica.

**Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que expiden recetas o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que sepamos**. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar las limitaciones.

Si piensa que cometimos un error, o no está de acuerdo con nuestra decisión o limitación, usted y el profesional que expide su receta pueden presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos negando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte la **Sección F** del **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.)

Es posible que el DMP no se aplique a su caso si:

- Tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes.
- Está recibiendo atención para pacientes terminales, atención paliativa o para el final de la vida, **o.**
- Vive en un centro de atención a largo plazo.

# Capítulo 6: Lo que usted paga por los medicamentos de Medicare e Illinois Medicaid

## Introducción

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

- Medicamentos de Medicare Part D.
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid.
- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Como usted es elegible para Illinois Medicaid, recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de Medicare Part D.

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

Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Para obtener más información sobre medicamentos, puede consultar los siguientes recursos:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*
    - Esta se denomina *Lista de medicamentos*. Le indica lo siguiente:
        - Qué medicamentos pagamos.
        - En cuál de los seis niveles se encuentra cada medicamento.
        - Si hay algún límite en los medicamentos.

- Si necesita una copia de la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios al Miembro. También puede encontrar la copia más reciente de la *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en go.wellcare.com/druglist-678.

- El **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*
  - Le indica cómo obtener los medicamentos para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
  - Se incluyen reglas que debe seguir. También le indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
  - Cuando utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2** del **Capítulo 5**), el costo que se muestra será una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar al coordinador de la atención o a Servicios al Miembro para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*
  - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener los medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
  - En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se enumeran 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).....180

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos.....181

C. No paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo .....183

C1. Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido.....183

C2. Sus opciones de farmacia.....184

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....184

C4. Lo que usted debe pagar .....185

D. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D .....187

D1. Lo que debe saber antes de vacunarse .....187

## A. *La Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza cuando los obtiene en la farmacia. Hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus **gastos de bolsillo**. Este es el monto que usted u otros en su nombre pagan por sus medicamentos recetados. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, los pagos que familiares o amigos hicieron por sus medicamentos y los pagos realizados por sus medicamentos por parte de la Ayuda Adicional de Medicare, los planes de salud de empleadores o sindicatos, los Servicios de Salud para Indígenas, los Programas de Asistencia de Medicamentos contra el Sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- El **costo total de los medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos EOB, por sus siglas en inglés. La EOB no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información del mes.** El resumen indica qué medicamentos recibió durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1.º de enero.** Aquí se muestra el costo total de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde el primer surtido por cada reclamación de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando corresponda, se incluye información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para el total de gastos de bolsillo.
- Para saber qué medicamentos cubre el plan, consulte la *Lista de medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados y de venta libre están cubiertos por Illinois Medicaid. Estos medicamentos figuran en la *Lista de medicamentos*.

## B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de los medicamentos y los pagos que realiza, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Estas son las formas en que puede ayudarnos:

**1. Use su tarjeta de identificación (ID) de miembro.**

Muestre la tarjeta de identificación (ID) de miembro cada vez que surta un medicamento recetado. Esto nos ayuda a saber qué medicamentos recetados le surten y cuánto paga.

**2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.**

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted pagó. Puede pedirnos que le devolvamos el dinero del medicamento.

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

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.

**Si tiene preguntas**, llame a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º 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/MeridianIL.

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

   Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida (ADAP), los Servicios de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo.

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

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

   - **¿Reconoce el nombre de todas las farmacias?** Revise las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?
   - **¿Obtuvo los medicamentos enumerados?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que le recetó el médico?

## ¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?

Si algo le parece confuso o incorrecto en esta EOB, llámenos a Servicios al Miembro de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP). También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: go.wellcare.com/MeridianIL.

## ¿Qué sucede ante un posible fraude?

Si en este resumen se muestran medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le resulte sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicios al Miembro de Wellcare Meridian 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 sospecha que un proveedor de Medicaid (p. ej., un médico, un hospital, un centro de convalecencia, un asistente personal) o una organización de atención administrada cometió fraude, llame al 1-844-ILFRAUD/1-844-453-7283.

Si cree que hay un error u omisión, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

En lugar de recibir una EOB impresa por correo postal, ahora tiene la opción de recibir una EOB electrónica (eEOB). Para solicitar una eEOB, visite www.express-scripts.com.

Si decide participar, recibirá un correo electrónico cuando su EOB electrónica esté lista para ver, imprimir o descargar. Las eEOB también se conocen como EOB sin papel. Estas eEOB son copias exactas (imágenes) de las EOB impresas.

Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

## C. No paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, no paga nada por los medicamentos cubiertos, siempre y cuando siga nuestras reglas.

### C1. Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido

- El nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca. El copago es $0.
- El nivel 2 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca. El copago es $0.
- El nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) incluye medicamentos de marca preferidos y puede incluir algunos medicamentos genéricos. El copago es $0.
- El nivel 4 (medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos. El copago es $0.
- El nivel 5 (nivel de especialidad) incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior. El copago es $0.
- El nivel 6 (medicamentos de atención seleccionados) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente utilizados para tratar condiciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas). El copago es $0.

### C2. Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende del tipo de farmacia donde obtiene el medicamento:

- Una farmacia de la red.
- Una farmacia fuera de la red. En algunos casos limitados, cubrimos los medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5**, **Sección A**, de este *Manual del miembro* para saber cuándo lo hacemos.
- La farmacia de envío por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9**, **Sección G**, de este *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5**, **Sección A**, de este *Manual del miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir la receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para un máximo de 100 días. El suministro a largo plazo no tiene costo para usted.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5**, **Sección A**, de este *Manual del miembro* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

## C4. Lo que usted debe pagar

**Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento cubierto por parte de las siguientes fuentes:**

| | **Una farmacia minorista estándar o preferida de la red**<br><br>Suministro para un mes o un máximo de 30 días | **El servicio de compra por correo estándar o preferido de nuestro plan**<br><br>Suministro para un mes o un máximo de 34 días | **Una farmacia de la red de atención a largo plazo**<br><br>Suministro para un máximo de 31 días | **Una farmacia fuera de la red**<br><br>Suministro para un máximo de 30 días<br>La cobertura se limita a determinados casos.<br>Para obtener más detalles, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*. |
|---|---|---|---|---|
| **Costo compartido Nivel 1**<br><br>(genérico preferido) | Copago de $0 | La compra por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos). | Copago de $0 | Copago de $0 |
| **Costo compartido Nivel 2**<br><br>(genérico) | Copago de $0 | La compra por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos). | Copago de $0 | Copago de $0 |
| **Costo compartido Nivel 3**<br><br>(marca preferida) | Copago de $0 | La compra por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos). | Copago de $0 | Copago de $0 |

| | **Una farmacia minorista estándar o preferida de la red**<br><br>Suministro para un mes o un máximo de 30 días | **El servicio de compra por correo estándar o preferido de nuestro plan**<br><br>Suministro para un mes o un máximo de 34 días | **Una farmacia de la red de atención a largo plazo**<br><br>Suministro para un máximo de 31 días | **Una farmacia fuera de la red**<br><br>Suministro para un máximo de 30 días<br>La cobertura se limita a determinados casos.<br>Para obtener más detalles, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*. |
|---|---|---|---|---|
| **Costo compartido Nivel 4**<br><br>(medicamento de marca no preferida) | Copago de $0 | La compra por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos). | Copago de $0 | Copago de $0 |
| **Costo compartido Nivel 5**<br><br>(nivel de especialidad) | Copago de $0 | La compra por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos). | Copago de $0 | Copago de $0 |
| **Costo compartido Nivel 6**<br><br>(medicamentos de atención seleccionados) | Copago de $0 | La compra por correo no está disponible para un suministro de un mes (34 días o menos). | Copago de $0 | Copago de $0 |

Para obtener información sobre las farmacias que pueden brindarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

## D. Lo que usted 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. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D para adultos sin costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* del plan o comuníquese con Servicios al Miembro para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

La cobertura de las vacunas de Medicare Part D consta de dos partes:

1. La primera parte es por el costo de la vacuna.
2. La segunda parte es por el costo por administrarle la vacuna. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de inyección de parte del médico.

### D1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios al Miembro si planea vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre la vacuna.
- Podemos indicarle cómo mantener bajos los costos mediante el uso de farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Los proveedores de la red trabajan con nosotros para garantizar que no tenga que pagar por adelantado los costos de una vacuna de Medicare Part D.

# Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

## Introducción

En este capítulo, se explica cómo y cuándo debe enviarnos una factura para solicitar el pago. También se le indica 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 .....189

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago.....193

C. Decisiones de cobertura.....194

D. Apelaciones.....194

## A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir facturas por servicios o medicamentos dentro de la red.
Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan por los servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) le facturen estos servicios o medicamentos. Nosotros pagamos directamente a los proveedores, y le evitamos cualquier gasto.

**Si recibe una factura por atención de salud o medicamentos, no la pague y envíenosla a nosotros.** Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que le devuelvan el dinero.
    - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
    - Si pagó por servicios cubiertos por Illinois Medicaid, no podemos devolverle el dinero, pero el proveedor sí lo hará. Servicios al Miembro o *el coordinador de la atención* pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte el número de teléfono de Servicios al Miembro en la parte inferior de la página.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios al Miembro o con el coordinador de la atención si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea brindarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Estos son algunos ejemplos de ocasiones en las que podría necesitar pedirnos que le reembolsemos el dinero o que paguemos una factura:

1. **Cuando recibe atención de salud de emergencia o urgentemente necesaria de un proveedor fuera de la red**

   Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

   - Si paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le devolvamos el dinero. Envíenos la factura y un comprobante del pago que haya realizado.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor donde se le solicite un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura y un comprobante del pago que haya realizado.
     - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a este.
     - Si ya pagó por el servicio de Medicare, le devolveremos el dinero.

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

   Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación (ID) de miembro cuando obtenga servicios o medicamentos recetados. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios o que pague más de lo que le corresponde por los costos. **Llame a Servicios al Miembro** o al coordinador de la atención mediante el número que figura en la parte inferior de esta página **si recibe alguna factura.**

   - Como nosotros pagamos el costo total de los servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
   - Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
   - Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le devolveremos el dinero por los servicios cubiertos.

**3. Si tiene una inscripción retroactiva en nuestro plan**

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ya pasó el primer día de su inscripción. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si se inscribió de forma retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos el dinero.
- Envíenos la factura y un comprobante del pago que haya realizado.

**4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado**

Cuando utiliza una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total del medicamento recetado.

- Solo en algunos casos, cubriremos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite la devolución del dinero.
- Consulte el **Capítulo 5**, **Sección A**, de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

**5. Cuando paga el costo total del medicamento recetado de Medicare Part D porque no tiene su tarjeta de identificación (ID) de miembro con usted**

Si no tiene su tarjeta de identificación (ID) de miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque la información de inscripción en su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación (ID) de miembro.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite la devolución del dinero.
- Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que el precio que negociamos para el medicamento recetado.

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

Es posible que usted pague el costo total del medicamento recetado porque este no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no figure en la *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*) en nuestro sitio web o que tenga un requisito o una restricción que usted no conozca o que no crea que se aplique a su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
    - Si no paga el medicamento, pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9**, **Sección G**, 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 las 24 horas), puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el **Capítulo 9**, **Sección G**, de este *Manual del miembro*).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite la devolución del dinero. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico u otro profesional que expide recetas para devolverle el costo del medicamento. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que el que negociamos para el medicamento recetado.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o el medicamento debe cubrirse. Esto se denomina tomar una decisión de cobertura. Si decidimos que el servicio o medicamento debe cubrirse, lo pagamos.

Si rechazamos la solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9**, **Sección G**, de este *Manual del miembro*.

## B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para conservar en sus registros.** Puede pedirle ayuda al coordinador de la atención. Debe enviarnos la información en un plazo de 365 días (para reclamos médicos y de medicamentos que no son de la Parte D) o de tres años (para reclamos de medicamentos de la Parte D) a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de brindarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es obligatorio utilizar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (go.wellcare.com/MeridianIL) o llamar a Servicios al Miembro y pedirlo.

Para servicios médicos, envíe su solicitud de pago por correo junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

**Dirección de solicitud de pago**

Wellcare
Medical Reimbursement Dept
PO Box 10050
Van Nuys, CA 91410-0050

Para los medicamentos de la Parte D, envíe su solicitud de pago por correo junto con las facturas o recibos a esta dirección:

**Dirección de solicitud de pago de la Parte D**

Wellcare
Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

También puede llamarnos para solicitar el pago. Llame a Servicios al Miembro al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

## C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si el plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto, si corresponde, que usted debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que el plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por el monto que pagó. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*, se explican las reglas para obtener la cobertura de los servicios. En el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*, se explican las reglas para obtener la cobertura de los medicamentos de Medicare Part D.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta, también se explicarán sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9, Sección E**.

## D. Apelaciones

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

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

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención de salud, 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 incluyen 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 servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades....196

B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos....199

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)....200

C1. Cómo protegemos su PHI....200

C2. Su derecho a consultar sus expedientes médicos....201

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información....201

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente....203

F. Su derecho a abandonar nuestro plan....203

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud....203

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones....203

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención de salud por su cuenta....204

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones....206

H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones....206

H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos....207

I. Sus responsabilidades como miembro del plan....207

## A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o personas con orígenes culturales y étnicos diversos. También debemos informarle sobre sus derechos y los beneficios de nuestro plan de forma que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre estos derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de manera que pueda entenderla, llame a Servicios al Miembro. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en distintos idiomas.
- Desde nuestro plan, también podemos proporcionarle materiales en otros idiomas aparte del inglés, como español, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios al Miembro o escriba a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP), PO Box 10050, Van Nuys, CA 91410-0050.
  En Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) queremos asegurarnos de que usted entienda la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en idiomas que no sean inglés o en formatos alternativos, si así lo solicita. Esto se llama “solicitud permanente”. Anotaremos su elección. Llámenos:
  - Si quiere recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo; o si quiere cambiar el idioma o el formato en que le enviamos los materiales.
  - Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios al Miembro de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, nuestros representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda a su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono. Un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil. La llamada es gratuita.

- Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única de materiales en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, llame a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Guardaremos su elección. Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, nuestros representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda a su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono. Un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil. La llamada es gratuita.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o a una discapacidad y quiere presentar un reclamo, llame a los siguientes departamentos:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede presentar un reclamo a Illinois Medicaid llamando a la línea directa de beneficios de salud de Illinois al 1-800-226-0768. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 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 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 Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP), PO Box 10050, Van Nuys, CA 91410-0050.
    - Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) desea asegurarse de que entiende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en idiomas distintos del inglés o en formatos alternativos si así lo solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:
    - Si desea recibir los materiales en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo.
    - Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.
    - Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios para Miembros de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º 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.º 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.º 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.
    - Para realizar una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o realizar una solicitud única de materiales en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, llame a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) al 1-844-536-2180. Registraremos su elección. Entre el 1.º 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.º 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.º 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. La llamada es gratuita.

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.
- También puede presentar un reclamo ante Illinois Medicaid llamando a la Línea Directa de Beneficios de Salud de Illinois, al 1-800-226-0768. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

## B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.

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. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en la **Sección D** del **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*.
  - Llame a Servicios al Miembro o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y médicos que aceptan pacientes nuevos.
- Tiene derecho a consultar a un médico especialista en salud de la mujer sin necesidad de una remisión del médico. Una remisión es la aprobación de su PCP para usar un proveedor que no sea su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
  - Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas.
  - Si no puede obtener los servicios dentro de un período de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.

- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención que necesite con urgencia sin aprobación previa (PA).
- Tiene derecho a que le surtan sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede acudir a un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre proveedores fuera de la red, consulte la **Sección D** del **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*.

El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* le indica lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. También le indica qué puede hacer si rechazamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

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

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

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

Usted tiene derechos en lo que respecta a su información y a controlar cómo se usa su PHI. Le enviamos un aviso por escrito en el que le informamos sobre estos derechos y explicamos cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”.

### C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise o modifique sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no divulgamos su PHI a ninguna persona que no le brinde o pague por 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 su permiso por escrito. Estas son las excepciones permitidas o exigidas por la ley:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.

- Debemos brindarle a Medicare su PHI, incluida información sobre sus medicamentos de Medicare Part D. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.
- Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) está trabajando con el estado de Illinois para detener nuevos casos de HIV (virus de inmunodeficiencia humana). El Departamento de Salud Pública de Illinois comparte los datos que tiene sobre el HIV con IL Medicaid y organizaciones de atención administrada de IL Medicaid para brindar una mejor atención a las personas que viven con el HIV. El nombre, la fecha de nacimiento, el SSN (número del Seguro Social), el estado serológico respecto al HIV y otra información se comparte de forma segura con todos los miembros de Medicaid.

### C2. Su derecho a consultar sus expedientes médicos

- Tiene derecho a consultar sus expedientes médicos y a obtener una copia. Podemos cobrarle una tarifa por hacer una copia de sus expedientes médicos.
- Tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos lo solicita, trabajaremos con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otras personas para fines que no sean de rutina y de qué manera.

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

## D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

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

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para conseguir un intérprete, llame a Servicios al Miembro. Este es un servicio gratuito para usted. Desde nuestro plan, podemos proporcionarle materiales en otros idiomas aparte del inglés, como español, y en formatos como letra grande, braille o audio.

Si quiere información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Servicios al Miembro:

- Cómo elegir o cambiar de plan

- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
  - Información financiera.
  - Cómo nos han calificado los miembros del plan.
  - La cantidad de apelaciones realizadas por los miembros.
  - Cómo abandonar nuestro plan.
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, por ejemplo:
  - Cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria.
  - Calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red.
  - Cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen:
  - 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 a su cobertura y medicamentos.
  - Reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*), incluida la solicitud de lo siguiente:
  - Poner por escrito por qué algo no está cubierto.
  - Cambiar una decisión que tomamos.
  - Pagar una factura que recibió.

## E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarle a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si pagamos menos que el monto que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.

## F. Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si usted no quiere.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de los servicios de atención de salud a través de Original Medicare o de otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener los beneficios de medicamentos de Medicare Part D a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del miembro*.
    - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos o MA.
    - Para obtener información sobre cómo obtener sus beneficios de cobertura de Illinois Medicaid si abandona nuestro plan.

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

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención de salud para que le ayuden a tomar decisiones sobre su atención de salud.

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

Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Usted tiene derecho:

- **A conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
- **A conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre los posibles riesgos. Debemos informarle con anticipación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.

- **A obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **A decir no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a irse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja lo contrario. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no le daremos de baja del plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **A pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor rechazó la atención.** Tiene derecho a obtener una explicación de nuestra parte si un proveedor rechaza la atención que usted cree que debería recibir.
- **A pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que rechazamos o que generalmente no cubrimos.** Esto se llama decisión de cobertura. La **Sección G** del **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* le indica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

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

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención de salud por sí mismas. Antes de que eso ocurra, usted puede tomar estas dos medidas:

- Llenar un formulario por escrito **otorgar a otra persona el derecho de tomar decisiones de atención de salud por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo manejar su atención de salud si pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** quiere.

El documento legal que puede usar para dar instrucciones por adelantado se denomina “instrucción anticipada”. Hay cuatro tipos de instrucciones anticipadas en Illinois y diferentes nombres para ellas:

- Poder notarial para la atención médica: le permite elegir a alguien para que tome decisiones sobre su atención de salud si usted está demasiado enfermo para decidir por usted mismo.
- Testamento vital: en él se informa a su médico y a otros proveedores qué tipo de atención quiere usted si tiene una enfermedad terminal y no mejora.

- Preferencia de salud mental: le permite decidir si quiere recibir algunos tipos de tratamientos de salud mental que podrían ayudarle.
- Orden de no reanimar (DNR): Esto le indica a su familia y a todos sus médicos y otros proveedores lo que quiere hacer en caso de que su corazón o su respiración se detengan.

Puede obtener más información sobre las instrucciones anticipadas de su plan de salud o de su médico. Si lo internan en el hospital, es posible que le pregunten si tiene uno. No es obligación tenerlo. No es necesario que tenga uno para recibir atención médica, pero la mayoría de los hospitales recomiendan que lo haga. Puede optar por tener una o más de estas instrucciones anticipadas si lo desea, y puede cancelarlas o cambiarlas en cualquier momento.

No es obligación tener una instrucción anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si quiere usar una instrucción anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, abogado, trabajador social o en algunas tiendas de suministros de oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. Hable con su proveedor para obtener un formulario de instrucción anticipada. También puede descargar los formularios del Departamento de Salud Pública de Illinois, www.dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives.html#forms y comuníquese con Servicios al Miembro para solicitar el formulario.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. No necesita un abogado para completar una instrucción anticipada. Aún así, puede considerar que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, le ayuden a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesiten saber cómo quiere que le atiendan durante una enfermedad o emergencia médica. El formulario le indicará cómo quiere que le atiendan, incluso cuando ya no pueda hablar por sí mismo.** Entregue una copia del formulario a su médico. Una vez que complete el formulario, este se incluirá en su expediente médico. Además, debe entregarle una copia a la persona que designe para tomar decisiones por usted. Le recomendamos que sus amigos cercanos o sus familiares también tengan una copia. Guarde una copia en su casa, en un lugar seguro.

- Si va a ser hospitalizado y tiene una instrucción anticipada firmada, **lleve una copia al hospital**.
    - En el hospital le preguntarán si tiene un formulario de instrucción anticipada firmado y si lo lleva consigo.
    - Si no tiene un formulario de instrucción anticipada firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si quiere firmar uno.

Usted tiene derecho:

- A que se incluya su instrucción anticipada en sus expedientes médicos.
- A cambiar o cancelar su instrucción anticipada en cualquier momento.
- A elegir si desea o no completar una instrucción anticipada.

Por ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por el hecho de haber firmado una instrucción anticipada. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

### G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que figuran en ella, puede presentar un reclamo llamando a la Línea de Ayuda para Personas Mayores al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

## H. Su derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* le indica lo que puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar 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 al Miembro para obtener dicha información.

### H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que le tratamos injustamente, y **no es** sobre discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de este *Manual del miembro,* o si quiere más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios al Miembro
- El Programa de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad (SHIP) al 1-800-252-8966. Para obtener más información sobre el Programa de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad (SHIP), consulte la **Sección C** del **Capítulo 2**.
- El Programa de la Defensoría al 1-800-252-8966. Para obtener más información sobre este programa, consulte las **Secciones G y H** del **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 leer o descargar “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare) en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

La Línea de ayuda para personas mayores al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8.30 a. m. a 5 p. m. TTY 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

## I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro.

- **Leer este *Manual del miembro*** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre:
  - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del miembro*. En esos capítulos se explica lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que debe pagar.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del miembro*.

- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que use todas las opciones de cobertura cuando reciba atención de salud. Llame a Servicios al Miembro si tiene otra cobertura.
- **Informarles a su médico y a otros proveedores de atención de salud** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación (ID) de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a que sus médicos** y otros proveedores de atención de salud le brinden la mejor atención.
    - Proporcióneles la información que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento que usted y su proveedor hayan acordado.
    - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que toma. Esto incluye los medicamentos recetados, los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Haga las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de manera que usted pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Tener consideración.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Paguar lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de Medicare Part A y la prima de Medicare Part B.
    - **Si recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (**Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección E** del **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo presentar una apelación).

- **Informarnos si se muda.** Si planea mudarse, avísenos de inmediato. Comuníquese con Servicios al Miembro.
    - **Si se muda fuera de nuestra área de servicios, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicios pueden ser miembros de este plan. La **Sección D** del **Capítulo 1** de este *Manual del miembro* le informa sobre nuestra área de servicios.
    - Podemos ayudarle a averiguar si se mudará fuera de nuestra área de servicios. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
    - Infórmeles a Medicare y a Illinois Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener los números de teléfono de Medicare e Illinois Medicaid.
    - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicios, igualmente necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
    - **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**
- **Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

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

## Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer en las siguientes situaciones:

- Tiene un problema o un reclamo sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que el plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó el plan sobre su atención.
- Considera que los servicios cubiertos finalizarán demasiado pronto.

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar lo que busca con facilidad. **Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

**Si tiene un problema relacionado con la salud o los servicios y apoyo a largo plazo.**

El Programa de la Defensoría de Atención a Largo Plazo de Illinois (LTCOP) es un programa de defensoría que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarle a saber qué hacer. También pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación a nuestro plan. Sus servicios son gratuitos. Consulte el **Capítulo 2**, **Sección H**, para obtener la información de contacto.

El Programa de la Defensoría de Atención en el Hogar puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarle a saber qué hacer. El Programa de la Defensoría de Atención a Largo Plazo de Illinois (LTCOP) ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de convalecencia y a resolver problemas entre los centros de convalecencia y los residentes o sus familias. No está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Usted debe recibir la atención de salud, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinan que son necesarios como parte de su plan de atención. Si tiene problemas con la atención, puede llamar a la Línea de Ayuda para Personas Mayores al 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. En este capítulo, se explican las opciones que tiene para tratar diferentes problemas y reclamos, pero siempre puede llamar a la Línea de Ayuda para Personas Mayores para que le brinden orientación sobre el problema. La Línea de Ayuda para Personas Mayores ayudará a personas de cualquier edad que estén

inscritas en este plan. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte las **Secciones H y G del Capítulo 2** a fin de obtener más información sobre los programas de defensoría.

## Contenido

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud....213

A1. Acerca de los términos legales....213

B. Dónde obtener ayuda....214

B1. Para obtener más información y ayuda....214

C. Información sobre los reclamos y las apelaciones de Medicare e Illinois Medicaid en nuestro plan....215

D. Problemas relacionados con sus beneficios....215

E. Decisiones de cobertura y apelaciones....215

E1. Decisiones de cobertura....216

E2. Apelaciones....216

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones....217

E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede resultar útil?....218

F. Atención médica....218

F1. Cómo usar esta sección....219

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura....220

F3. Cómo presentar una apelación de nivel 1....223

F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2....227

F5. Problemas de pago....232

G. Medicamentos de Medicare Part D....234

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D....234

G2. Excepciones de Medicare Part D....236
G3. Lo que debe saber sobre cómo solicitar una excepción....237
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción....237
G5. Cómo presentar una apelación de nivel 1....241
G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2....243
H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada....245
H1. Información sobre sus derechos de Medicare....245
H2. Cómo presentar una apelación de nivel 1....247
H3. Cómo presentar una apelación de nivel 2....249
I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos....249
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura....250
I2. Cómo presentar una apelación de nivel 1....250
I3. Cómo presentar una apelación de nivel 2....252
J. Cómo llevar la apelación por encima del nivel 2....253
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare....253
J2. Apelaciones adicionales de Illinois Medicaid....254
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Part D....256
K. Cómo hacer un reclamo....258
K1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos....258
K2. Reclamos internos....260
K3. Reclamos externos....261

# A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explica cómo manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utilice dependerá del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar reclamos** (también llamados “quejas”).

Para garantizar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos seguir.

## A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo, se incluyen 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 cuando es posible. Utilizamos la menor cantidad de abreviaturas 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 con mayor claridad, por lo que también se los proporcionamos.

# B. Dónde obtener ayuda

## B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, es confuso comenzar o hacer un seguimiento el proceso para tratar un problema. En particular, esto puede ser cierto si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el próximo paso.

### Ayuda del Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP)

Puede llamar al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP). Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para abordar su problema. Los asesores del SHIP pueden ayudarle sin importar su edad. El SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del SHIP es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327, y su sitio web es ilaging.illinois.gov/ship.html. La llamada y la ayuda son gratuitas.

### 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 Illinois Medicaid

Puede llamar directamente al estado de Illinois para obtener ayuda con sus problemas. Llame a la línea directa de beneficios de salud del Departamento de Atención de Salud y Servicios Familiares de Illinois : 1-800-226-0768, TTY: 1-877-204-1012, de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m. La llamada es gratuita. También puede llamar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO). En Illinois, llame al Programa de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) de Livanta al 1-888-524-9900, TTY: 1-888-985-8775. Es un grupo de médicos y otros proveedores de atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. No se vincula con nuestro plan.

## C. Información sobre los reclamos y las apelaciones de Medicare e Illinois Medicaid en nuestro plan

Tiene Medicare e Illinois Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare e Illinois Medicaid. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina (o integra) los procesos de Medicare e Illinois Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare e Illinois Medicaid no se pueden combinar. En esas situaciones, utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Illinois Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección F4**.

## D. Problemas relacionados con sus beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o reclamos.

| **¿Su problema o inquietud se relaciona con los beneficios o la cobertura?**<br><br>Esto incluye problemas sobre la cobertura de una atención médica particular (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B), la forma en que están cubiertos y problemas sobre el pago de la atención médica. | |
|---|---|
| **Sí.**<br>Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura.<br><br>Consulte la **Sección E,** “Decisiones de cobertura y apelaciones”. | **No.**<br>Mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura.<br><br>Consulte la **Sección K,** “Cómo presentar un reclamo”. |

## E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación se ocupa de los problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para que todo sea más simple, en general, nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **atención médica.**

## E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagamos por los servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan le remite a un médico especialista fuera de la red, esta remisión se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de rechazo estándar para ese médico especialista, o que el servicio remitido nunca esté cubierto bajo ninguna circunstancia (consulte la **sección H** del **capítulo 4** de este *Manual del miembro).*

Usted o el médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o el médico no sepan, con seguridad, si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que determinamos qué tiene cobertura y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura, o tuvo cobertura y ya no la tiene, de Medicare o Illinois Medicaid. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

## E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está conforme con ella, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas de forma apropiada. Quienes se encargan de la apelación no son los mismos revisores que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando completamos la revisión, le informamos la decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo (consulte la **Sección F2**), puede solicitar una “decisión rápida sobre la cobertura” o acelerada, o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si nuestra respuesta es **no** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de atención médica de Medicare, en la carta se 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 artículo o servicio de Medicare Part D o Medicaid, en la carta se le indicará cómo presentar una apelación de nivel 2 por su cuenta. 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 por Medicare y Medicaid, la carta le brindará información sobre ambos tipos de apelaciones de nivel 2.

Si no está conforme con la decisión de la apelación de nivel 2, podría pasar por más niveles de apelación.

### E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones.

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes recursos:

- **Servicios al Miembro** mediante los números que figuran en la parte inferior de la página.
- **Programa de Seguro de Salud para Personas de la Tercera Edad (SHIP)** al 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. Su sitio web es ilaging.illinois.gov/ship.html.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** 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. Algunas organizaciones jurídicas le brindarán servicios jurídicos gratuitos si califica.
    - Llame a la Línea directa de beneficios de salud del Departamento de Atención de Salud y Servicios para Familias de Illinois para obtener ayuda gratuita de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m. La línea directa de beneficios de salud de Illinois ayuda a las personas inscritas en Medicaid con sus problemas. El número de teléfono es 1-800-226-0768, TTY: 1-877-204-1012.
    - Llame a la Línea de Ayuda para Personas Mayores para obtener ayuda gratuita de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. La Línea de Ayuda para Personas Mayores ayudará a personas de todas las edades que estén inscritas en este plan. La Línea de Ayuda para Personas Mayores es una organización independiente. No se vincula con nuestro plan. El número de teléfono es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327.

Complete el formulario de designación de representante si quiere que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a otra persona a actuar en su nombre.

Llame a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte inferior de la página y pida el formulario de designación de representante. Para obtener el formulario, también puede visitar www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

### E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede resultar útil?

Existen cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Se brindan detalles para cada una de ella en secciones individuales de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica”.
- **Sección G**, “Medicamentos de Medicare Part D”.
- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada”.
- **Sección I**, “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (esta sección solo se aplica a los siguientes servicios: atención de salud en el hogar, atención en centros de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios o CORF).

Si no sabe qué sección usar, llame a Servicios al Miembro mediante los números que figuran en la parte inferior de la página.

## F. Atención médica

En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea un reembolso por la atención.

Esta sección abarca los beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4**, **Sección D**, de este *Manual del miembro* en el la tabla de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse reglas diferentes para un medicamento de Medicare Part B. En esos casos, explicamos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de Medicare Part B de las reglas para los servicios y artículos médicos.

## F1. Cómo usar esta sección

En esta sección, se explica lo que puede hacer en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

**1.** Cree que cubrimos atención médica que necesita y 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 de salud quiere brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

**Lo que puede hacer:** puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

**3**. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no la pagaremos.

**Lo que puede hacer:** puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

**4**. Recibió y pagó atención médica que creía que cubríamos, y quiere que hagamos un reembolso.

**Lo que puede hacer:** puede pedirnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

**5**. Redujimos o interrumpimos la cobertura para cierta atención médica, y usted cree que la decisión podría perjudicar su salud.

**Lo que puede hacer:** puede apelar la decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención de salud en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o servicios de CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o la interrupción de la cobertura de cierta atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

## F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

> Cuando una decisión de cobertura involucra la atención médica, se denomina **determinación de la organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura por los siguientes medios:

- Por teléfono: 1 844-536-2180, TTY: 711.
- Por fax: 1-844-415-0010.
- Por escrito: Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)

  Coverage Determinations Department – Medical

  PO Box 10050, Van Nuys, CA 91410-0050.

**Decisión estándar sobre la cobertura**

Cuando le informamos nuestra decisión, usamos los plazos estándar, a menos que aceptemos usar los plazos rápidos. Una decisión estándar sobre la cobertura significa que le damos una respuesta en los siguientes plazos**:**

- **7 días calendario** después de recibir su solicitud **para un servicio o artículo médico que está sujeto a nuestras normas 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 servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red).
Si necesitaremos días adicionales para tomar la decisión, le notificaremos por escrito.
**No podemos tomar días adicionales si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.**

Si cree que **no debería** tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores. El proceso para hacer un reclamo es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Para obtener más información sobre cómo hacer un reclamo, incluido un reclamo rápido, consulte la **Sección K**.

### Decisión rápida sobre la cobertura

> El término legal para una 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 dentro de los siguientes plazos:

- **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.

**Para un artículo o servicio médico, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** si descubrimos que falta información que podría beneficiarle (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo a fin de entregarnos información para la revisión. Si necesitaremos días adicionales para tomar la decisión, le notificaremos por escrito. **No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.**

Si cree que **no deberíamos** tomarnos días adicionales 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, incluido un reclamo rápido, consulte la **sección K**. Nos comunicaremos con usted apenas tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con estos dos requisitos:

- Solicitar cobertura de artículos o servicios médicos 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.

**Le daremos una decisión rápida sobre la cobertura de forma automática si su médico nos informa que su salud así lo requiere.** Si la solicita sin el apoyo del médico, decidiremos si obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.

- Si determinamos que su estado de salud no cumple con los requisitos para recibir una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con los motivos y seguiremos los plazos estándar. La carta le indicará lo siguiente:
    - Le daremos una decisión rápida sobre la cobertura de forma automática si su médico la solicita.
    - Cómo presentar un reclamo rápido en caso de que optemos por tomar una decisión estándar sobre la cobertura, 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 una parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una carta en la que explicamos 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, pasará al nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que se desestimará una solicitud:

- Si la solicitud está incompleta.
- Si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está tiene autorización legal para hacerlo.
- Si usted solicita que se retire la solicitud.

Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explica por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión. 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,** usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, nuestros representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que, después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, es posible que el sistema telefónico automatizado responda a su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono. Un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil. O escríbanos a la siguiente dirección:

Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)
Appeals Department – Medical
P.O. Box 10052
Van Nuys, CA 91410-0052

**Solicite una apelación estándar o una apelación rápida** por escrito o por teléfono al 1-844-536-2180 (TTY: 711).

- Si el médico u otro profesional que expide recetas solicita la continuación de un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de designación de representante que autorice a esta persona a representarle. Para obtener el formulario, visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestro sitio web en go.wellcare.com/MeridianIL.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar la revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
  - Desestimamos su solicitud.
  - Le enviamos un aviso por escrito en el que le explicamos su derecho a solicitarle a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en un plazo de 65 días calendario posteriores a la fecha de la carta que le enviamos para informarle de nuestra decisión.

- Si no cumple con el plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Son ejemplos de motivos justificados haber tenido una enfermedad grave o haber recibido información incorrecta de nuestra parte respecto del plazo. Cuando haga la apelación, explique el motivo de la demora.
- Tiene derecho a solicitarnos sin cargo una copia de la información de su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar la apelación.

**Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.**

> El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”.**

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted y/o el médico decidirán si necesita una apelación rápida.

**Le otorgamos una apelación rápida de forma automática si su médico nos informa que su salud lo requiere.** Si la solicita sin el respaldo del médico, decidiremos si se le otorga una apelación rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para obtener una apelación rápida, le enviaremos una carta para informarle y utilizaremos los plazos estándar. La carta le indicará lo siguiente:
  - Le daremos una apelación rápida de forma automática si su médico la solicita.
  - Cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de otorgarle 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 servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo esos servicios o artículos durante la apelación.**

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de nivel 1.

- Seguiremos cubriendo el servicio o 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 entrada en vigor prevista de la medida, lo que ocurra después.
    - Si cumple con este plazo, obtendrá el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente la apelación de nivel 1.
    - También obtendrá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de la apelación) sin cambios.
    - Si no apela antes de estas fechas, no se continuará con el servicio o artículo mientras espera la decisión de la apelación.

**Consideramos la apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar con atención toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos **rechazamos** la solicitud.
- Si es necesario, recopilamos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

**Las apelaciones rápidas tienen plazos.**

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **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, se lo informaremos por escrito.
    - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, no podemos demorarnos más para tomar la decisión.

- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas o antes de que finalicen los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En ese caso, la revisará una IRO. Más adelante en este capítulo (consulte la **Sección F4**), le informamos sobre esta organización y le explicamos el nivel 2 del proceso de apelación. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar una audiencia imparcial de nivel 2 por su cuenta ante el estado cuando se cumpla el plazo. En Illinois, una audiencia imparcial se denomina audiencia imparcial ante el estado.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la apelación.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud,** enviamos la apelación a la IRO para una apelación de nivel 2.

**Existen plazos para las apelaciones estándar.**

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por la cobertura de servicios que no se le otorgaron.

- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B que no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.

- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **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, se lo informaremos por escrito.

  - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, no podemos demorarnos más para tomar la decisión.

  - Si cree que **no debería** llevarnos más días, puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar 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, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En ese caso, la revisará una IRO. Más adelante en este capítulo (consulte la **Sección F4**), le informamos sobre esta organización y le explicamos el nivel 2 del proceso de apelación. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar una audiencia imparcial de nivel 2 por su cuenta ante el estado cuando se cumpla el plazo. En Illinois, una audiencia imparcial se denomina audiencia imparcial ante el estado.

**Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, después de que recibamos su apelación.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, **tiene los siguientes derechos adicionales de apelación:**

- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviamos una carta.
- Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informa que enviamos su caso a la IRO para una apelación de nivel 2.
- Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Illinois Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación de nivel 2 por su cuenta.

### F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su apelación de nivel 1, le enviamos una carta. Esta carta le informa si Medicare, Illinois Medicaid o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir, enviamos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelación tan pronto como se completa la apelación de nivel 1.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que Illinois Medicaid suele cubrir, puede presentar una apelación de nivel 2 por su cuenta. La carta le explicará cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo (consulte la **Sección J**).

- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que **Medicare e Illinois Medicaid** pueden cubrir, obtendrá una apelación de nivel 2 ante la IRO de forma automática. También puede pedir una audiencia imparcial ante el estado.

Si usted calificaba para la continuación de los beneficios cuando presentó la apelación de nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento apelado también pueden continuar durante el nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de nivel 1.

- Si su problema se relaciona con un servicio que solo suele cubrir Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de nivel 2 con la IRO.
- Si su problema se relaciona con un servicio que solo suele cubrir Illinois Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

**Cuando su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir**

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**, a veces llamada **IRE**.

- Esta organización no se vincluna con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía que funciona como IRO y supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Tiene derecho a recibir una copia gratuita del expediente de su caso.
- Tiene derecho a brindar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan con atención 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 obtendrá una apelación rápida en el nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a su recepción.
- Si su solicitud es para un servicio o artículo médico y la IRO necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para 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, tendrá una apelación estándar en el nivel 2 de forma automática.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación.
- Si su solicitud es para un servicio o artículo médico y la IRO necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales**. La IRO demorará más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.

La IRO le dará la respuesta por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la IRO acepta la totalidad o una parte de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos hacer lo siguiente:
  - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas**.
  - Brindar el servicio dentro de los **14 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO de **solicitudes estándar**.
  - Brindar el servicio **dentro de las 72 horas** posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRO de **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 de Medicare Part B objeto de la disputa según los siguientes plazos:**
    - **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar; o**
    - **dentro de las 24 horas** posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO rechaza una parte o la totalidad de la apelación,** significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar la solicitud (o una parte de ella) de cobertura de atención médica. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.
    - Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con la apelación.
    - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2, con un total de cinco niveles.
    - Si se rechaza su apelación de nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si pasa al nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de nivel 2.
    - Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador estará a cargo de una apelación de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

**Cuando su problema se relaciona con un servicio o artículo que Medicaid suele cubrir, o que está cubierto tanto por Medicare como por Illinois Medicaid**

Una apelación de nivel 2 para servicios que Illinois Medicaid suele cubrir es una audiencia imparcial ante el estado. En Illinois Medicaid, una audiencia imparcial se denomina audiencia imparcial ante el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** posteriores a la fecha en que enviamos la carta con la decisión de la apelación de nivel 1. La carta que le enviamos le indica dónde debe presentar la solicitud de audiencia imparcial.

Si quiere solicitar una audiencia imparcial ante el estado sobre un artículo o servicio estándar de Medicaid, la exención por envejecimiento (Programa de Atención Comunitaria o CCP) o la exención para centros de vida asistida, envíe la apelación por escrito o por teléfono:

| | |
|---|---|
| POR CORREO POSTAL | Illinois Healthcare and Family Services<br>Bureau of Administrative Hearings<br>Fair Hearings Section<br>69 West Washington, 4th Floor<br>Chicago, Illinois 60602 |
| POR TELÉFONO | 1-855-418-4421 (número gratuito) |
| TTY | 1-877-734-7429 |
| POR FAX | 1-312-793-2005 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | HFS.FairHearings@Illinois.gov |

Si quiere solicitar una audiencia imparcial ante el Estado sobre la exención para personas con discapacidades, la exención por lesión cerebral traumática o la exención por HIV/sida (Programa de Servicios en el Hogar o HSP), envíe la apelación por escrito o por teléfono:

| | |
|---|---|
| POR CORREO POSTAL | Department of Human Services<br>Bureau of Hearings<br>69 West Washington, 4th Floor<br>Chicago, Illinois 60602 |
| POR TELÉFONO | 1-800-435-0774 (número gratuito) |
| TTY | 1-877-734-7429 |
| POR FAX | 1-312-793-3387 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | DHS.BAH@illinois.gov |

La Oficina de Audiencias Imparciales le entregará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la Oficina de Audiencias Imparciales **acepta** una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- Si la Oficina de Audiencias Imparciales **rechaza** una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar la solicitud de cobertura de atención médica (o una parte de ella). Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la Oficina de Audiencias Imparciales **rechaza** una parte o la totalidad de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de nivel 2 se pasó a la **IRO,** solo puede volver a apelar si el valor en dólares del servicio o artículo que quiere alcanza un monto mínimo determinado. Un ALJ o un abogado adjudicador se encargan de las apelaciones de nivel 3. **La carta que recibe de la IRO explica los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

En la carta que recibe de la Oficina de Audiencias Imparciales, se describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del nivel 2.

### F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de la red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura. El único monto que se le debe pedir que pague es el copago de la cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. No pague la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7**, **Sección A**, de este *Manual del miembro*. Describe situaciones en las que puede necesitar solicitarnos un reembolso o el pago de 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 artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar la cobertura.

- Si el servicio o artículo por el que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o artículo, por lo general, dentro de los 30 días calendario o, a más tardar, dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si aún 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 usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos el servicio o artículo y explicarle el motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.

Si **rechazamos** su apelación y **Medicare** suele cubrir 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 se **aprueba** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al nivel 2, debemos enviarle el pago 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 podría tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si **rechazamos** su apelación e Illinois Medicaid suele cubrir el servicio o artículo, puede presentar una apelación de nivel 2 por su cuenta. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

## G. Medicamentos de Medicare Part D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de varios medicamentos. La mayoría son medicamentos de Medicare Part D. Hay algunos medicamentos que Medicare Part D no cubre, pero que podría cubrir Illinois Medicaid. **Esta sección solo se 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 estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas 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 de cobertura que puede solicitarnos que tomemos sobre sus medicamentos de Medicare Part D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye solicitarnos lo siguiente:
    - Cubrir un medicamento de Medicare Part D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan.
    - Dejar sin efecto una restricción en la cobertura de un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando el medicamento está en la *Lista de medicamentos* del plan, pero se lo debemos aprobar antes de cubrirlo).

**NOTA:** Si en la farmacia le informan que su receta médica no puede surtirse tal como está escrita, le enviarán un aviso por escrito en el que se explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

> Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de Medicare Part D se denomina **“determinación de cobertura”.**

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Este es un pedido de una decisión de cobertura con respecto al pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelarla. En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la siguiente tabla de ayuda.

| **¿En cuál de estas situaciones se encuentra?** | | | |
|---|---|---|---|
| Necesita un medicamento que no aparece en nuestra *Lista de medicamentos* o necesita que dejemos sin efecto 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. | Desea solicitar un reembolso por un medicamento que ya compró y pagó. | Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento como usted lo desea. |
| **Puede pedirnos que hagamos una excepción.** (Este es un tipo de decisión de cobertura). | **Puede solicitarnos una decisión de cobertura.** | **Puede solicitarnos un reembolso.** (Este es un tipo de decisión de cobertura). | **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 como a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una excepción. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que expide recetas debe explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción.

> Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en *Lista de medicamentos* o solicitar la eliminación de una restricción de un medicamento a veces se denomina pedir una **"excepción al formulario".**

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, el médico u otro profesional que expide recetas pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos***
   - Si acordamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos.*
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**
   - Se aplican reglas o restricciones adicionales a determinados medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5**, **Sección C**, de este *Manual del miembro* para obtener más información).
   - Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
     - Tener la obligación de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir su medicamento. 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. Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad que puede adquirir.

## G3. Lo que debe saber sobre cómo solicitar una excepción

**Su médico u otro profesional que expide recetas debe informarnos los motivos médicos.**

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 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 causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general, **no** aprobamos su solicitud de excepción.

**Podemos aceptar o rechazar su solicitud.**

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, en general, esta durará hasta el final del año calendario. Esto será así siempre y cuando el 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.

En la siguiente sección, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluidas las excepciones.

## G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-844-536-2180 (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 la reclamación.
- Usted, el médico (u otro profesional que expide recetas) o alguien que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede tener a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo nombrar a alguien como su representante.

- No necesita autorizar por escrito a su médico u otro profesional que expide recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 7**, **Sección A**, 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.
- El 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 lo requiere, pídanos una decisión rápida sobre la cobertura.**

Utilizamos los plazos estándar a menos que aceptemos utilizar los plazos rápidos.

- Una **decisión estándar sobre la cobertura** 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 se cumplen estas condiciones:

- 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 ya compró.
- Su salud o capacidad de funcionamiento se verían gravemente perjudicadas si usamos 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, la aceptaremos. Le enviamos una carta para informarle.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el apoyo de su médico u otro profesional que expide recetas, decidiremos si obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si determinamos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, utilizaremos los plazos estándar.
    - Le enviamos una carta para informarle. La carta también le indica cómo presentar un reclamo con respecto a nuestra decisión.
    - Puede presentar un reclamo rápido y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar 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 solicita 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 una respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración de apoyo de su médico.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que explicamos los motivos. En la carta, también le diremos cómo puede presentar una apelación.

**Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura de un medicamento que no recibió**

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. Si solicita 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 una respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o de la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que explicamos los motivos. La carta también le indica cómo apelar.

**Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura de un medicamento que ya compró**

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que explicamos los motivos. La carta también le indica cómo apelar.

## G5. Cómo presentar una apelación de nivel 1

> Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de Medicare Part D se denomina **"redeterminación"** del plan.

- Comience su apelación **estándar** o **rápida** llamando al 1-844-536-2180 (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 la apelación.
- Debe solicitar una apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle de nuestra decisión.
- Si no cumple con el plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Son ejemplos de motivos justificados haber tenido una enfermedad grave o haber recibido información incorrecta de nuestra parte respecto del plazo. Cuando haga la apelación, explique el motivo de la demora.
- Tiene derecho a solicitarnos sin cargo una copia de la información de su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar la apelación.

**Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.**

> La apelación rápida también se denomina **"redeterminación acelerada".**

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que expide recetas deciden si necesita 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.

Consideramos la apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a analizar con atención toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otro profesional que expide recetas para obtener más información.

**Plazos para una apelación rápida de nivel 1**

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle la respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la apelación.
    - Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En ese caso, la revisará una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindarle la cobertura acordada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

**Plazos para una apelación estándar de nivel 1**

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos la 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 apelación. En ese caso, la revisará una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.

Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **brindarle la cobertura** acordada 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** por un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta en la que explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. En ese caso, la revisará una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario después de recibir la solicitud.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que explicamos los motivos y le indicamos 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** la 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**, a veces llamada **“IRE”.**

Para presentar una apelación de nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que expide recetas deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión del 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. En las instrucciones, se indica quién puede presentar una apelación de nivel 2, qué plazos debe respetar y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, enviamos a la organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Tiene derecho a recibir una copia gratuita del expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de Medicare Part D de nivel 2 y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

**Plazos para apelaciones rápidas de nivel 2**

Si su salud lo requiere, pídale una apelación rápida a la IRO.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.
- Si **aceptan** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindarle la cobertura de medicamentos aprobados **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

**Plazos para una apelación estándar de nivel 2**

Si tiene una apelación estándar de nivel 2, la IRO debe darle una respuesta según los siguientes plazos:

- **Dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- **Dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación de reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobados **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de 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 la solicitud. Esto se denomina “mantener 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 un 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 cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su apelación de nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, haga lo siguiente:
  - Decidir si desea presentar una apelación de nivel 3.
  - Consultar la carta que le envió la IRO después de su apelación de nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador estará a cargo de las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

## H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada

Cuando se le 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**, **Sección D**, de este *Manual del miembro.*

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día en que se va del hospital. También le ayudarán a programar la atención que pueda necesitar después de irse del hospital.

- El día en que se va del hospital se denomina “fecha de alta”.
- El médico o el personal del hospital le indicarán la fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o le preocupa su atención después de salir del hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada. En esta sección, se explica cómo solicitarla.

### H1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a la admisión, alguien en el hospital, como un miembro del personal de enfermería o un asistente social, le entregará un aviso por escrito llamado “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan en un hospital.

Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro mediante los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** con atención y haga preguntas si no comprende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente hospitalizado, entre los que se incluyen los siguientes:
    - Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante la hospitalización y después de ella. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién paga por ellos y dónde puede obtenerlos.
    - Participar en las decisiones sobre la duración de su hospitalización.
    - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
    - Apelar si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
    - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
    - Firmar el aviso **solo** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que el médico o el personal del hospital le hayan dicho.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta del hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Para ver una copia del aviso por adelantado:

- Llame a Servicios al Miembro mediante 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 solicitarnos que cubramos sus servicios de paciente hospitalizado durante más tiempo, 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 apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No son parte de nuestro plan.

En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO. Llámelos al 1-888-524-9900. La información de contacto también figura en el aviso “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**, **Sección D**.

**Llame a la QIO antes de irse del hospital y, a más tardar, en la fecha de alta planificada.**

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta sin pagar por ella mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.

**Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios al Miembro mediante los números que figuran en la parte inferior de la página.
- Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores de Illinois (SHIP) al 1-800-252-8966 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

**Solicite una revisión rápida.** Actúe con rapidez 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 analizan su información médica, hablan con el médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les brindaron.
- Antes del mediodía del día posterior a que los revisores nos comuniquen la apelación, recibirá una carta que indique su fecha de alta planificada. En la carta, también se explican los motivos por los que el médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

> El término legal para esta explicación escrita es **"Aviso detallado del alta".** Para obtener un ejemplo, llame a Servicios al Miembro mediante 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 consultar un ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

En el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le dará la respuesta a su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Brindaremos los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Consideran que la fecha de alta planificada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de servicios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO le brinde la respuesta sobre la apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria recibida después del mediodía del día siguiente a que la QIO le brinde la respuesta sobre la apelación.
- Puede presentar una apelación de nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de nivel 1 **y** permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada.

### H3. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, usted le solicita a la QIO que vuelva a revisar la decisión que tomó con respecto a la apelación de nivel 1. Llámela al 1-888-524-9900 (TTY: 711).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al **rechazo** de la QIO de su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de la atención.

Los revisores de la QIO se encargarán de lo siguiente:

- Volverán a revisar con atención toda la información relacionada con la apelación.
- Le Informarán su decisión sobre su apelación de nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarler los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día siguiente a la fecha en la que la QIO rechazó su apelación de nivel 1.
- Brindaremos los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con la decisión sobre su apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- Le entregarán una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador estará a cargo de las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

## I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección solo abarca tres tipos de servicios que podría recibir:

- Servicios de atención de salud en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.

- Atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a obtener los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que los necesita.

Cuando decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle **antes** de que finalicen los servicios. Cuando finalice la cobertura de ese servicio, dejaremos de pagarlo.

Si considera que finalizamos la cobertura de la atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

### I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso escrito por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar por la atención. Esto se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. En el aviso, se le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir la atención y cómo apelar la decisión.

Usted o su representante deberán firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

### I2. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Si considera que finalizamos la cobertura de la 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. Comprenda y respete los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos, puede presentar un reclamo. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre reclamos.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
    - Llame a Servicios al Miembro mediante los números que figuran en la parte inferior de la página.
    - Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores al 1-800-252-8966.

- **Comuníquese con la QIO.**
  - Consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2**, **Sección D** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
  - Pídales que revisen la apelación y decidan si se cambia la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una apelación por vía rápida.** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de los servicios médicos.

**Su plazo para comunicarse con esta organización**

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar la apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor del "Aviso de no cobertura de Medicare" que le enviamos.

> El término legal para el aviso por escrito es **"Aviso de no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de ejemplo, llame a Servicios al Miembro mediante 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 analizan su información médica, hablan con el médico y revisan la información que les brindó nuestro plan.
- El plan también le envía a usted un aviso por escrito en el que se explican los motivos para finalizar la cobertura de los servicios. Recibirá el aviso, a más tardar, el día en que los revisores nos informen sobre la apelación.

> El término legal para la explicación del aviso es **"Explicación detallada de no cobertura".**

- Los revisores le comunican su decisión en el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Brindaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha del aviso.
- Si decide continuar con la atención de salud en el hogar, la atención en centros de enfermería especializada o los servicios de CORF después de la fecha de finalización de su cobertura, pagará el costo total de la atención por su cuenta.
- Usted decide si desea continuar con los 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 vuelva a revisar la decisión que tomó con respecto a la apelación de nivel 1. Llámelos al 1-888-524-9900.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al **rechazo** de la QIO de 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 se encargarán de lo siguiente:

- Volverán a revisar con atención toda la información relacionada con la apelación.
- Le Informarán su decisión sobre su apelación de nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría la cobertura.
- Brindaremos cobertura por la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar la atención y no la cambiarán.
- Le entregarán una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador estará a cargo de las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

## J. Cómo llevar la apelación por encima del nivel 2

### J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y se rechazaron ambas apelaciones, es posible que tenga derecho a niveles de apelación adicionales.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un monto mínimo en dólares, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficiente, puede continuar con el proceso de apelación. En la carta que recibe de la IRO para la apelación de nivel 2, se explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

#### Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelación 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. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
    - Si el ALJ o el abogado adjudicador **rechaza** la apelación, puede que el proceso de apelación no termine en ese momento.

- Si decide **aceptar** esta decisión donde se rechaza su apelación, el proceso de apelación ha finalizado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión donde se rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

**Apelación de nivel 4**

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da 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 apelación de nivel 3 con una decisión favorable para usted, tenemos derecho a apelar al nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se la comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o niega nuestra solicitud de revisión, puede que el proceso de apelación no termine en ese momento.

- Si decide **aceptar** esta decisión donde se rechaza su apelación, el proceso de apelación ha finalizado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le informará si puede presentar 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 Illinois Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se relaciona con servicios o artículos que Illinois Medicaid suele cubrir. En la carta que reciba de la Oficina de Audiencias Imparciales, se le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El nivel 2 del proceso de apelación para los servicios de exención de Medicaid es una audiencia imparcial ante el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial ante el estado por escrito o por teléfono dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha en que le enviamos la carta con la decisión sobre su apelación de nivel 1. En la carta que le enviemos, le indicaremos dónde debe presentar la solicitud de audiencia.

Si quiere solicitar una audiencia imparcial ante el estado sobre un artículo o servicio estándar de Medicaid, la exención por envejecimiento (Programa de Atención Comunitaria o CCP) o la exención para centros de vida asistida, envíe la apelación por escrito o por teléfono:

Illinois Healthcare and Family Services
Bureau of Administrative Hearings Fair Hearings
Section 69 West Washington, 4th Floor
Chicago, Illinois 60602
POR TELÉFONO 1-855-418-4421 (número gratuito) TTY 1-800-526-5812 FAX 1-312-793-2005
POR CORREO ELECTRÓNICO HFS.FairHearings@Illinois.gov

Si quiere solicitar una audiencia imparcial ante el Estado sobre la exención para personas con discapacidades, la exención por lesión cerebral traumática o la exención por HIV/sida (Programa de Servicios en el Hogar o HSP), envíe la apelación por escrito o por teléfono:

Department of Human Services Bureau of Hearings
69 West Washington, 4th Floor
Chicago, Illinois 60602
POR TELÉFONO 1-800-435-0774 (número gratuito) TTY 1-877-734-7429 FAX 1-312-793-3387
POR CORREO ELECTRÓNICO DHS.HSPAppeals@Illinois.gov

La audiencia estará a cargo de un funcionario de audiencia imparcial con autorización para supervisar audiencias imparciales ante el estado. Recibirá una carta de la Oficina de Audiencias con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. Esta carta también incluirá información detallada sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta con atención. Al menos tres días hábiles antes de la audiencia, recibirá un paquete de información de nuestro plan. En este paquete, se incluirá toda la evidencia que presentaremos en la audiencia. Este paquete también se enviará al funcionario de audiencia imparcial. Deberá informar a la Oficina de Audiencias sobre cualquier adaptación razonable que necesite. Si, debido a su discapacidad, no puede participar en persona en la oficina local, puede solicitar la participación por teléfono. Proporcione el número de teléfono al personal de audiencias para que puedan comunicarse con usted. Debe proporcionar toda la evidencia que presentará en la audiencia al funcionario de audiencia imparcial al menos tres días hábiles antes de la audiencia. Esto incluye una lista de los testigos que se presentarán, así como todos los documentos que utilizará. La audiencia se grabará.

### J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Part D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas se rechazaron.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales. En la respuesta por escrito a la apelación de nivel 2, se explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

#### Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelación 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 proporcionar la cobertura de medicamentos aprobados dentro de las 72 horas posteriores (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago antes de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador **rechaza** la apelación, puede que el proceso de apelación no termine en ese momento.

- Si decide **aceptar** esta decisión donde se rechaza su apelación, el proceso de apelación ha finalizado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión donde se rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

**Apelación de nivel 4**

El Consejo revisa la apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha finalizado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobados dentro de las 72 horas posteriores (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago antes de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación o rechaza la solicitud de revisión, puede que el proceso de apelación no termine en ese momento.

- Si decide **aceptar** esta decisión, que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha finalizado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión donde se rechaza la apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le informará si puede presentar 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 hacer un reclamo

## K1. Qué tipos de problemas deben ser reclamos

El proceso de reclamos solo se usa para ciertos tipos de problemas, como problemas con la calidad de la atención, tiempos de espera, coordinación de la atención y servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se abarcan en el proceso de reclamos.

| Reclamo | Ejemplo |
|---|---|
| **Calidad de la atención médica** | • Usted no está conforme con la calidad de la atención, como la que recibió en el hospital. |
| **Respeto a su privacidad** | • Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted. |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos** | • Un proveedor de atención de salud o un miembro del personal fue descortés o irrespetuoso con usted.<br>• Nuestro personal le trató mal.<br>• Cree que lo están excluyendo de nuestro plan. |
| **Accesibilidad y asistencia lingüística** | • No tiene acceso físico a los servicios e instalaciones de atención de salud en el consultorio de un médico o proveedor.<br>• El médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma distinto al inglés que usted habla (como lengua de señas estadounidense o español).<br>• El proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita. |

| Reclamo | Ejemplo |
|---|---|
| **Tiempos de espera** | • Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla.<br>• Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios al Miembro u otro personal del plan le hacen esperar demasiado. |
| **Limpieza** | • Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios. |
| **Información que recibe de nosotros** | • Cree que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.<br>• Considera que la información que le enviamos por escrito es demasiado difícil de entender. |
| **Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o las apelaciones** | • Usted cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.<br>• Considera que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos.<br>• Considera que no enviamos su caso a la IRO a tiempo. |

**Existen diferentes tipos de reclamos.** Usted puede presentar un reclamo interno o externo. Los reclamos internos se presentan y revisan en nuestro plan. Los reclamos externos se presentan y revisan en una organización no afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno y/o externo, puede llamar al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

El término legal para “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 al Miembro al 1-844-536-2180 (TTY: 711). Puede presentar 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 necesita hacer algo más, Servicios al Miembro se lo indicará.
- También puede escribir su reclamo y enviarlo. Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Envíe su solicitud a la siguiente dirección:

  Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)
  Attn: Appeals & Grievances Medicare Operations
  P.O. Box 10450
  Van Nuys, CA 91410-0450
  Fax: 1-844-273-2671

  Una queja acelerada (reclamo rápido) se resuelve en un plazo de 24 horas. Puede solicitar una queja acelerada si no está de acuerdo con nuestra decisión de procesar su solicitud o apelación acelerada en los plazos normales.

  Por lo general, una queja (reclamo) estándar se resuelve dentro de los 30 días a partir de la fecha en que recibimos la solicitud, a menos que su salud o condición requieran una respuesta más rápida. Los planes pueden tomarse una extensión de 14 días si la persona inscrita la solicita o si el plan justifica la necesidad de obtener información adicional y documenta que la demora es beneficiosa para la persona inscrita. Los planes deben notificar a la persona inscrita de inmediato por escrito si se tomará la extensión y explicar el motivo de la demora.

**El término legal** para “reclamo rápido” es **“queja acelerada”.**

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama para presentar un reclamo, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que respondamos con rapidez, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionaremos una actualización de estado y el tiempo estimado hasta obtener la respuesta.
- Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, le daremos un reclamo rápido de forma automática y responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas.
- Si presenta un reclamo porque nos llevó más tiempo tomar una decisión de cobertura o apelar, le daremos un reclamo rápido de forma automática y le responderemos dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad del reclamo, le comunicaremos las razones. Responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

## K3. Reclamos externos

### Medicare

Puede informar a Medicare sobre el reclamo o enviarlo a Medicare. El Formulario de reclamo de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente un reclamo ante Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) antes de presentar un reclamo ante Medicare.

Medicare se toma muy en serio los reclamos y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informar su reclamo al Departamento de Atención de Salud y Servicios Familiares de Illinois. Para presentar un reclamo ante el Departamento de Atención de Salud y Servicios Familiares de Illinois, envíe un correo electrónico a Aging.HCOProgram@illinois.gov.

**Oficina de Derechos Civiles (OCR)**

Puede presentar 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 el acceso para personas con discapacidad o la 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 la OCR:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
Teléfono de voz (800) 368-1019
FAX (202) 619-3818
TDD (800) 537-7697

También puede tener derechos conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y la Ley de Derechos Humanos de Illinois. Puede comunicarse con la Línea de Ayuda para Personas Mayores para obtener ayuda de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. El número de teléfono es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

**QIO**

Cuando su reclamo está relacionado con la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar el reclamo sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Puede presentar el reclamo ante la QIO y nuestro plan. Si presenta un reclamo ante la QIO, trabajaremos con ellos para resolverlo.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención de salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2**, **Sección D**, de este *Manual del miembro*.

En Illinois, la QIO se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-888-524-9900.

# Capítulo 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

## Introducción

En este capítulo, se explica cómo puede finalizar la membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de abandonar el plan. Si abandona el plan, seguirá estando en los programas Medicare e Illinois Medicaid mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

# Índice

A. Cuándo puede finalizar su membresía en el plan ..... 265

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan ..... 266

C. Cómo obtener servicios de Medicare e Illinois Medicaid por separado ..... 267

C1. Sus servicios de Medicare ..... 267

C2. Sus servicios de Illinois Medicaid ..... 272

D. Los artículos médicos, servicios y medicamentos que recibe hasta que finalice su membresía en nuestro plan ..... 273

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan ..... 273

F. Reglas que prohíben pedirle que abandone el plan por cualquier motivo relacionado con la salud ..... 275

G. Su derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía en el plan ..... 275

H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar la membresía de su plan ..... 275

## A. Cuándo puede finalizar su membresía en el plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden finalizar la membresía durante determinados momentos del año. Como usted tiene Illinois Medicaid, tiene varias opciones para finalizar la membresía en el plan en cualquier mes del año.

Además, puede finalizar la membresía en el plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **período de inscripción abierta**, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1.º de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que va del 1.º de enero al 31 de marzo, y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.er mes en que tienen derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, la membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en la inscripción. Por ejemplo:

- Se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Cambia su elegibilidad para Illinois Medicaid o Ayuda Adicional.
- Se mudó recientemente a un centro de enfermería u hospital de atención a largo plazo, está recibiendo atención allí en la actualidad o acaba de abandonarlo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos la solicitud el 18 de enero, la cobertura con nuestro plan finalizará el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (en este ejemplo, el 1.º de febrero).

Si abandona el plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Los servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Para obtener más información sobre cómo finalizar su membresía, puede llamar a los siguientes recursos:

- Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.
- Servicios al Miembro mediante el número que figura en la parte inferior de la página. También aparece el número para usuarios de TTY.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP), Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP), al 1-800-252-8966. TTY: 711.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5**, **Sección G**, de este *Manual del miembro* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

## B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide finalizar la membresía, puede inscribirse en otro plan Medicare o cambiarse a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare independiente, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Puede solicitar la cancelación de la inscripción de dos maneras:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios al Miembro mediante el número que figura en la parte inferior 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 con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Si llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En la tabla de la página 268, encontrará más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando abandona el plan.

- Llame a Illinois Medicaid al 1-800-843-6154 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 7 p. m. CT. En la **Sección C** a continuación, se incluyen los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también finalizará su membresía en nuestro plan.

## C. Cómo obtener servicios de Medicare e Illinois Medicaid por separado

Tiene opciones para obtener los servicios de Medicare y Medicaid si decide abandonar nuestro plan.

### C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare que se enumeran a continuación en cualquier mes del año. A continuación, se enumera una opción adicional que tiene durante determinadas épocas del año, que incluyen el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Si elige una de estas opciones, finalizará su membresía en nuestro plan de forma automática.

| **1. Opción a la que puede cambiarse:** | **Esto es lo que debe hacer:** |
|---|---|
| **Otro plan que le brinda Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP) o Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), si califica.** | Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.<br><br>Para el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), para averiguar si es elegible y si hay un programa PACE cerca de usted; busque planes PACE en su área en www.medicare.gov/plan-compare/#/pace?year=2025&lang=en<br><br>Si necesita ayuda o más información:<br><br>• Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. TTY: 1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o encontrar una oficina local del Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) en su área, visite www.ilaging.illinois.gov/ship.html.<br><br>**O**<br><br>Inscríbase en un nuevo plan D-SNP integrado.<br><br>Se cancelará su inscripción en nuestro plan Medicare de manera automática cuando comience la cobertura del plan nuevo. |

| **2. Opción a la que puede cambiarse:** | **Esto es lo que debe hacer:** |
|---|---|
| **Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado.** | Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.<br><br>Si necesita ayuda o más información:<br><br>• Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. TTY: 1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o encontrar una oficina local del Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) en su área, visite www.ilaging.illinois.gov/ship.html.<br><br>**O**<br><br>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare.<br><br>Se cancelará su inscripción en nuestro plan de manera automática cuando comience la cobertura de Original Medicare. |

| **3. Opción a la que puede cambiarse:** | **Esto es lo que debe hacer:** |
|---|---|
| **Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado.**<br><br>**NOTA:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare independiente, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no quiere inscribirse.<br><br>Solo debe abandonar la cobertura de medicamentos si tiene otra fuente de cobertura de medicamentos, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. TTY 1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o encontrar una oficina local del Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) en su área, visite www.ilaging.illinois.gov/ship.html. | Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.<br><br>Si necesita ayuda o más información:<br><br>• Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. TTY: 1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o encontrar una oficina local del Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) en su área, visite www.ilaging.illinois.gov/ship.html.<br><br>Se cancelará su inscripción en nuestro plan de manera automática cuando comience la cobertura de Original Medicare. |

| **4. Opción a la que puede cambiarse:** | **Esto es lo que debe hacer:** |
|---|---|
| **Cualquier plan de salud Medicare** durante determinadas épocas del año, que incluyen el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. | Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.<br><br>Para el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), para averiguar si es elegible y si hay un programa PACE cerca de usted; busque planes PACE en su área en www.medicare.gov/plan-compare/#/pace?year=2025&lang=en<br><br>Si necesita ayuda o más información:<br><br>• Llame al Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. TTY: 1-888-206-1327, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita. Para obtener más información o encontrar una oficina local del Programa de Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIP) en su área, visite www.ilaging.illinois.gov/ship.html.<br><br>**O**<br><br>Inscríbase en un nuevo plan Medicare.<br><br>Se cancelará su inscripción en nuestro plan Medicare de manera automática cuando comience la cobertura del plan nuevo. |

## C2. Sus servicios de Illinois Medicaid

Si abandona el plan Medicare-Medicaid, obtendrá los servicios de Medicaid a través del pago por servicio o deberá inscribirse en el Programa de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (MLTSS) de HealthChoice Illinois para obtener los servicios de Medicaid.

Si no se encuentra en un centro de enfermería o no está inscrito en un servicio de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), obtendrá los servicios de Medicaid mediante el pago por servicio. Puede utilizar cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes.

Si se encuentra en un centro de enfermería o está inscrito en una exención de HCBS, deberá inscribirse en el programa HealthChoice Illinois MLTSS para obtener los servicios de Medicaid.

Para elegir un plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois, puede llamar a Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Indique que desea abandonar Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) e inscribirse en un plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois.

Si no elige un plan de salud de Programa de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (MLTSS) de HealthChoice Illinois, se le asignará al plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois de nuestra compañía.

Después de inscribirse en un plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois, tendrá 90 días para cambiarse a otro plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois.

Recibirá una nueva tarjeta de identificación (ID) de miembro, un nuevo *Manual del miembro* e información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias* de su plan de salud MLTSS de HealthChoice Illinois.

## D. Los artículos médicos, servicios y medicamentos que recibe hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, es posible que pase un tiempo antes de que finalice la membresía y comience la nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Durante este período, seguirá recibiendo los medicamentos y la atención de salud a través de nuestro plan hasta que comience su plan nuevo.

- Acuda a los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Use las farmacias de nuestra red, incluidos los servicios de farmacia de envío por correo, para surtir sus medicamentos recetados.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá la hospitalización hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si la nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

## E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Hay una interrupción en su cobertura de Medicare Part A y Medicare Part B;
- Ya no califica para Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Ya no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan, su membresía finalizará después de 6 meses. Sin embargo, durante este período, el plan Medicare Advantage no será responsable de la cobertura de ningún beneficio de Illinois Medicaid que esté incluido en el plan estatal Illinois Medicaid. Recibirá un aviso de nuestra parte en el que le informaremos sobre la finalización de su membresía y sus opciones. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, comuníquese con Servicios al Miembro.
    - El período de elegibilidad considerada continua del plan es de 6 meses. El período de elegibilidad considerada continua comienza el primer día del mes siguiente al mes en el que pierde la condición de persona con necesidades especiales.
- Se muda fuera de nuestra área de servicios.

- Pasa más de seis meses fuera de nuestra área de servicios.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está dentro del área de servicios de nuestro plan.
- Va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Miente u oculta información sobre otros seguros que tiene para medicamentos.
- No es un ciudadano de los Estados Unidos o no reside, de manera legal, en los Estados Unidos.
    - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir de manera legal en este país para ser miembro de nuestro plan.
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
    - Debemos cancelar la inscripción si no cumple con este requisito.

Si se encuentra dentro del período de 6 meses considerado de elegibilidad continua en nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, dejaremos de cubrir los beneficios de Medicaid que están incluidos en el plan Medicaid estatal correspondiente.

Podemos exigir que abandone nuestro plan por los siguientes motivos solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Medicaid:

- De manera intencional, nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en el plan y esa información afecta su elegibilidad para el plan.
- Tiene un comportamiento disruptivo continuo y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Permite que otra persona use su tarjeta de identificación (ID) de miembro para obtener atención médica. (Medicare puede pedirle al inspector general que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo).

## F. Reglas que prohíben pedirle que abandone el plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le pedimos que abandone el 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 presentar un reclamo si finalizamos su membresía en el plan

Si finalizamos su membresía en el plan, debemos informarle por escrito los motivos por los que lo hicimos. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar la membresía. Además, puede consultar el **Capítulo 9**, **Sección K**, de este *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

## H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar la membresía de su plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cómo finalizar su membresía, puede llamar a Servicios al Miembro al número que figura en la parte inferior de esta página.

# Capítulo 11: Avisos legales

## Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

## Índice

A. Aviso sobre leyes .....277

B. Aviso de no discriminación .....277

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador e Illinois Medicaid como pagador de último recurso.....278

D. Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan conforme a su plan Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP).....280

E. Tarjeta de membresía .....283

F. Contratistas independientes .....283

G. Fraude al plan de atención de salud.....283

H. Circunstancias fuera del control del plan .....284

## A. Aviso sobre leyes

Se aplican muchas leyes a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si no se incluyen o explican en este *Manual del miembro*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales sobre los programas Medicare e Illinois Medicaid. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

## B. Aviso de no discriminación

No discriminamos ni le tratamos de manera diferente por su origen racial o étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios.

Si desea más información o le preocupa la discriminación o el trato injusto, haga lo siguiente:

- Llame a la Oficina de 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.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. (312) 814-6200, (866) 740-3953 (TTY)
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención de salud o a un proveedor, llame a Servicios al Miembro. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al Miembro puede brindarle ayuda.
- Si cree que sufrió discriminación por parte de médicos, hospitales, profesionales de atención de salud o en la prestación de su cobertura de seguro, le recomendamos que presente un reclamo:
    - Comuníquese con el Departamento de Derechos Humanos de Illinois (IDHR) para presentar un cargo de discriminación. Para ello, complete el Formulario informativo de reclamos del IDHR y:
        - Envíelo por correo electrónico a IDHR.Intake@illinois.gov.
        - Envíelo por fax al 312-814-6251, Attn: Intake Unit.
        - O envíelo por correo postal a IDHR, Attn: Intake Unit, 100 W. Randolph Street, Suite 10-100, Chicago, IL 60601. Para obtener más información, visite www.illinois.gov/.

- Llame a la Línea directa de atención de salud del fiscal general de Illinois al 1-877-305-5145 o presente un reclamo a través de este formulario.
- Y presente una queja ante el plan en la que explique cómo sufrió discriminación.

## C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador e Illinois Medicaid como pagador de último recurso

A veces, otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le ofrecemos. Por ejemplo, si sufre un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación del trabajador tienen que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos las leyes y normativas federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención de salud que se prestan a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Illinois Medicaid sea el pagador de último recurso.

**Derecho de subrogación del plan**

La subrogación es el proceso mediante el cual Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) recupera una parte o la totalidad de los costos de su atención de salud de otra aseguradora. Entre los ejemplos de otras aseguradoras, se incluyen los siguientes:

- Su seguro de automóvil o de vivienda.
- El seguro de automóvil o de vivienda de la persona que haya causado su enfermedad o lesión.
- La compensación del trabajador.

Si una aseguradora que no sea Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) debe pagar los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) tiene derecho a solicitarle a esa aseguradora que nos reembolse el dinero. A menos que la ley exija lo contrario, la cobertura de esta póliza de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) será secundaria cuando otro plan, incluido otro plan de seguro, le brinde cobertura para servicios de atención de salud.

**Derecho de reembolso del plan**

Si obtiene dinero por una demanda o un acuerdo por una enfermedad o lesión, Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) tiene derecho a pedirle que reembolse el costo que pagamos por los servicios cubiertos. No podemos obligarlo a devolvernos una cantidad de dinero mayor que la que obtuvo por la demanda o el acuerdo.

**Sus responsabilidades**

Como miembro de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP), acepta lo siguiente:

- Nos informará sobre cualquier evento que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP).
- Cooperará con Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) cuando le solicitemos información y asistencia con la coordinación de beneficios, la subrogación o el reembolso.
- Firmará documentos para ayudar a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) con sus derechos de subrogación y reembolso.
- Autorizará a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) a investigar, solicitar y divulgar información que sea necesaria para llevar a cabo la coordinación de beneficios, la subrogación y el reembolso en la medida en que la ley lo permite.
- Pagará a Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) todos los montos que se recuperen mediante una demanda, un acuerdo o, de otro modo, se reciban de parte de un tercero o su aseguradora en la medida en que se hayan brindado los beneficios en virtud de la cobertura, hasta el valor de los beneficios brindados.

Si no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que reembolsarnos nuestros costos, que incluyen honorarios razonables de los abogados, para hacer valer nuestros derechos en virtud de este plan.

## D. Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan conforme a su plan Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)

**Cuando se lesiona**

Si alguna vez se lesiona, se enferma o desarrolla una condición a causa de las acciones de otra persona, compañía o de usted mismo (una “parte responsable”), nuestro plan brindará beneficios para los servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o condición, ya sea a través de un acuerdo, fallo o cualquier otro pago asociado con su lesión, enfermedad o condición, nuestro plan o los proveedores tratantes conservan el derecho a recuperar el valor de los servicios prestados a través de este plan de acuerdo con la ley estatal aplicable.

Tal como se utiliza en esta disposición, el término “parte responsable” hace referencia a cualquier persona o entidad que sea real o potencialmente responsable de su lesión, enfermedad o condición. El término “parte responsable” comprende a la aseguradora de responsabilidad civil u otro tipo de aseguradora de la persona o entidad responsable.

Estos son algunos ejemplos de cómo podría lesionarse, enfermarse o desarrollar una condición a partir de las acciones de una parte responsable:

- Tiene un accidente automovilístico.
- Se resbala y se cae en una tienda.
- Está expuesto a una sustancia química peligrosa en el trabajo.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todos los montos que reciba de la parte responsable, que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Pagos realizados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre del tercero.
- Cobertura para conductores sin seguro o con seguro insuficiente.
- Protección contra lesiones personales, sin culpa o cualquier otra cobertura de primera parte.
- Compensación del trabajador o indemnización/acuerdo por discapacidad.
- Cobertura de gastos médicos en virtud de cualquier póliza de automóvil, cobertura de seguro de inmuebles o de vivienda, o cobertura general.
- Cualquier acuerdo o fallo recibido de una demanda u otra acción legal.

- Cualquier otro pago de cualquier otra fuente recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, acepta que nuestro plan tiene un derecho prioritario de subrogación y reembolso que se aplica cuando este plan haya pagado beneficios por servicios cubiertos que usted recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante recupere, o tenga derecho a recuperar, cualquier monto de una parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este plan, usted también (i) asigna a nuestro plan su derecho a recuperar los gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los servicios cubiertos prestados por el plan en relación con su lesión, enfermedad o condición; y (ii) acepta indicar, de manera específica, a la parte responsable que reembolse directamente al plan en su nombre.

Al aceptar los beneficios de este plan, también le otorga a nuestro plan un derecho de retención de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo, fallo u otra fuente de compensación, y sobre cualquier reembolso del costo total de los beneficios por los servicios cubiertos pagados conforme al plan que están asociados con su lesión, enfermedad o condición como consecuencia de las acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica al margen de si los montos se identifican específicamente como recuperación de gastos médicos y de si usted recibe una compensación total o completa por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan, al margen de cualquier reclamación de culpa de su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otro tipo. No se pueden deducir honorarios de abogados de la recuperación de nuestro plan, y el plan no está obligado a pagar ni contribuir al pago de los costos judiciales ni de los honorarios de abogados contratados para presentar la reclamación o la demanda contra cualquier parte responsable.

**Pasos que debe seguir**

Si se lesiona, se enferma o desarrolla una condición debido a una parte responsable, debe cooperar con los esfuerzos del plan y/o el proveedor tratante para recuperar sus gastos, lo cual incluye las siguientes acciones:

- Informe a nuestro plan o al proveedor tratante, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o de su abogado, si tiene esa información; el nombre y la dirección de su abogado, si usted tiene uno; el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros involucrada; y una descripción de cómo se produjo la lesión, enfermedad o condición.

- Complete toda la documentación que nuestro plan o el proveedor tratante puedan exigir, de forma razonable, para ayudar a hacer cumplir el derecho de retención o el derecho de recuperación.
- Responda de inmediato a las consultas de nuestro plan o del proveedor tratante sobre el estado del caso o la reclamación, y sobre cualquier conversación sobre un acuerdo.
- Notifique a nuestro plan de inmediato en cuanto usted o su abogado reciban dinero de las partes responsables o de cualquier otra fuente.
- Pague el derecho de retención de atención de salud o el monto de recuperación del plan de cualquier recuperación, acuerdo o fallo, u otra fuente de compensación, incluido el pago de todos los reembolsos adeudados a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados en virtud del plan que están asociados con su lesión, enfermedad o condición debido a una parte responsable, al margen de si se identifica, de manera específica, como recuperación de gastos médicos y de si usted recibe una compensación total o completa por su pérdida.
- No haga nada que perjudique los derechos de nuestro plan antes establecidos. Esto incluye, entre otras acciones, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir del acuerdo o la recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de negarle a nuestro plan su derecho prioritario de recuperación o retención.
- Retenga el dinero que usted o su abogado reciban de las partes responsables o de cualquier otra fuente, y reembolse a nuestro plan o al proveedor tratante, según corresponda, el monto de la recuperación adeudada al plan a medida que le pagan y antes del pago a cualquier otro acreedor potencial o a un tercero que reclame el derecho de recuperación.
- Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para obtener dichas recuperaciones o sobrepagos.

## E. Tarjeta de membresía

La tarjeta de membresía emitida por nuestro plan conforme a este *Manual del miembro* es solo para fines de identificación. Poseer una tarjeta de membresía no confiere ningún derecho a los servicios u otros beneficios en virtud de este *Manual del miembro*. Para tener derecho a recibir servicios o beneficios en virtud de este *Manual del miembro*, el titular de la tarjeta debe ser elegible para la cobertura y estar inscrito como miembro conforme a este *Manual del miembro*. Cualquier persona que reciba servicios a los que no tiene derecho en virtud de este *Manual del miembro* será responsable del pago de dichos servicios. Los miembros deben presentar la tarjeta de membresía del plan, no una tarjeta de Medicare, en el momento de recibir el servicio. Si necesita que le reemplacen la tarjeta de membresía, lame a Servicios al Miembro mediante el número que figura en la parte inferior de la página.

**Note:** Es posible que se cancele la inscripción de cualquier miembro que, a sabiendas, permita el uso indebido o abuso de la tarjeta de membresía. Nuestro plan tiene la obligación de informar a la Oficina del Inspector General las cancelaciones de inscripción que resulten del abuso o uso indebido de la tarjeta de membresía, lo cual podría llevar a un proceso penal.

## F. Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y cada proveedor participante es la de un contratista independiente. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de nuestro plan, y ni el plan ni los empleados del plan son empleados o agentes de un proveedor participante. En ningún caso, nuestro plan será responsable de la negligencia, acto ilícito u omisión de cualquier proveedor de atención de salud participante o de otro tipo. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el miembro. Nuestro plan no es un proveedor de atención de salud.

## 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 llevar a un proceso penal. Cualquier persona que, de forma deliberada y a sabiendas, participe en una actividad destinada a defraudar al plan de atención de salud, como presentar una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa, podría ser culpable de fraude al plan de atención de salud.**

Si le preocupa alguno de los cargos que aparecen en la factura o en el formulario de Explicación de beneficios, o si sabe o sospecha de alguna actividad ilegal, llame a la línea directa gratuita para denunciar fraudes de nuestro plan al 1-866-685-8664 (TTY: 711). La línea directa para denuncias 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, una guerra, un motín, una insurrección civil, una epidemia, una destrucción total o parcial de instalaciones, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, un impedimento de personal importante de un grupo médico, un estado de emergencia u otros eventos similares fuera del control de nuestro plan den lugar a que las instalaciones o el personal de nuestro plan no estén disponibles para brindar o coordinar servicios o beneficios conforme a este *Manual del miembro*, la obligación del plan de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requisito de que el plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o coordinar la prestación de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus instalaciones o su personal.

# Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

## Introducción

En este capítulo se incluyen los términos clave que se utilizan a lo largo de este *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar el término que busca o si necesita más información de la que incluye la definición, comuníquese con Servicios al Miembro.

**Actividades de la vida diaria (ADL):** Las actividades cotidianas, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

**Juez de derecho administrativo:** Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

**Programa de asistencia para medicamentos contra el sida (ADAP):** Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con HIV (virus de inmunodeficiencia humana)/sida a tener acceso a medicamentos para el HIV que salvan vidas.

**Centro de cirugía ambulatoria:** Centro que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

**Apelación:** Forma en la que puede cuestionar nuestro accionar si considera que cometimos un error. Puede presentar una apelación para pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura. La **Sección E2** del **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica las apelaciones, incluido cómo presentarlas.

**Salud del comportamiento:** Término integral que se refiere a los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

**Producto biológico:** Medicamento elaborado 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 pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

**Biosimilar:** Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los productos biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos productos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Diríjase a “Biosimilar intercambiable”).

**Medicamento de marca:** Medicamento fabricado y vendido por la compañía que lo fabricó originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Por lo general, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y no suelen están disponibles hasta que finaliza la patente del medicamento de marca.

**Coordinador de la atención:** Una persona principal que trabaje con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que 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 a cargo de Medicare. La **Sección E** del **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* explica cómo comunicarse con los CMS.

**Reclamo:** Una declaración oral o escrita en la que indique que tiene un problema o una inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal de “hacer un reclamo” es “presentar una queja”.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF):** Centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Brinda una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

**Decisión de cobertura:** Una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. La **Sección E** del **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos:** Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

**Servicios cubiertos:** Término general que usamos para referirnos a la atención de salud, servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, el equipo y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

**Capacitación en competencia cultural:** Capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención de salud que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios para satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

**Cancelación de la inscripción:** El proceso para finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (no su elección).

**Programa de administración de medicamentos (DMP):** Programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

**Niveles de medicamentos:** Grupos de medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* están en uno de los 6 niveles.

**Plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP):** Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un plan D-SNP.

**Equipo médico duradero (DME):** Ciertos artículos indicados por el médico para usar en el hogar. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

**Emergencia:** Una emergencia médica cuando usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que requieren 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 está embarazada, la pérdida de un bebé no nacido). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

**Atención de emergencia:** Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

**Excepción:** Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

**Servicios excluidos:** Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

**Ayuda Adicional (Extra Help):** Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de Medicare Part D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

**Medicamento genérico:** Medicamento aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

**Queja:** Reclamo que usted hace en relación con nosotros o con uno de nuestros proveedores o de nuestras farmacias. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio brindado por su plan de salud.

**Plan de salud:** Organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios- a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye coordinadores de atención que le ayudan a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

**Evaluación de riesgo de salud (HRA):** Una revisión de sus antecedentes médicos y su condición actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

**Asistente de salud a domicilio:** Una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de personal de enfermería con licencia o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los auxiliares de servicios de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni brindan terapia.

**Atención para pacientes terminales:** Programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con diagnóstico terminal a vivir de manera cómoda. Un pronóstico terminal significa que se ha certificado médicamente que una persona tiene una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Los inscritos con diagnóstico de enfermedad terminal tienen derecho a elegir un centro de atención para pacientes terminales.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención para la persona en todos los aspectos a fin de satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a brindarle una lista de los proveedores de atención para pacientes terminales en su área geográfica.

**Illinois Medicaid:** Este es el nombre del programa Medicaid de Illinois. Illinois Medicaid es administrado por el estado y pagado por el gobierno estatal y federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo, y costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que Medicare no cubre.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención de salud están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

**Facturación incorrecta/inadecuada:** Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura servicios por un monto superior al monto de nuestro costo compartido. Llame a Servicios al Miembro si recibe alguna factura que no entiende.

Como nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

**Organización de revisión independiente (IRO):** Organización independiente contratada por Medicare que revisa apelaciones de nivel 2. No está relacionado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de revisión independiente.**

**Plan de atención individualizado (ICP o plan de atención):** Un plan para los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo.

**Paciente hospitalizado:** Término que se usa cuando es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no lo admiten formalmente, es posible que se le considere paciente ambulatorio en lugar de hospitalizado, incluso si pasa la noche en el hospital.

**Equipo de atención interdisciplinario (ICT o equipo de atención):** Un equipo de atención puede incluir médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud que están disponibles para ayudarle a obtener la atención que necesita. El equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

**D-SNP integrado:** Un plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para determinados grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se conocen como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

**Biosimilar intercambiable:** Un producto biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica porque cumple requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

***Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*):** Una lista de los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le informa si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. La *Lista de medicamentos* a veces se denomina “Formulario”.

**Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS):** Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS incluyen servicios comunitarios y centros de enfermería (NF).

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** Consulte “Ayuda Adicional”

**Medicaid (o Asistencia médica):** Programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo, y costos médicos.

**Médicamente necesario:** Describe servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita la internación en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas o son, de algún otro modo, necesarios según las normas de cobertura vigentes de Medicare o Illinois Medicaid.

**Medicare:** El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener la cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

**Medicare Advantage:** Un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Part C” o “MA”, que ofrece planes de MA a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran 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, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B.

**Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP):** Un programa estructurado de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación sobre cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

**Persona inscrita en Medicare-Medicaid:** Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se denomina “persona con doble elegibilidad”.

**Medicare Part A:** El programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de enfermería especializada, atención de salud en el hogar y centros para pacientes terminales.

**Medicare Part B:** El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

**Medicare Part C:** El programa Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías de seguros de salud privadas brindar beneficios de Medicare a través de un plan de MA.

**Medicare Part D:** El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. A este programa lo llamamos “Parte D”, para abreviar. Medicare Part D cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Part A, Medicare Part B o 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 podría cubrir algunos de estos medicamentos.

**Administración de la terapia con medicamentos (MTM):** Un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o que están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención de salud para revisar los medicamentos. Para obtener más información, consulte la **Sección G** del **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** Una persona con Medicare y Medicaid que califica para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

***Manual del miembro* y Divulgación de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, o cláusula adicional, en el que se explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

**Servicios al Miembro:** Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones. Consulte **la Sección A** del **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre Servicios al Miembro.

**Farmacia de la red:** Una farmacia que aceptó surtir medicamentos recetados a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos recetados solo cuando los surta en una de las farmacias de nuestra red.

**Proveedor de la red:** “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, el personal de enfermería y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de servicios de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo.

- Tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran un monto adicional a los miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe acudir a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Centro o centro de convalecencia:** Un lugar que brinda atención a las personas que no pueden recibir atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

**Defensoría:** Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarle a saber qué hacer. Los servicios de defensoría son gratuitos. Puede encontrar más información en **la Sección G** del **Capítulo 2 y Sección E4** del **Capítulo 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, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. La **Sección F2** del **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* explica las decisiones de cobertura.

**Producto biológico original:** Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para que los fabricantes elaboren una versión biosimilar. También se llama producto de referencia.

**Original Medicare (Traditional Medicare o Medicare de pago por servicio):** El Gobierno ofrece Original Medicare. Con Original Medicare, los servicios están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud de los montos que determine el Congreso.

- Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Medicare Part A (seguro hospitalario) y Medicare Part B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no quiere inscribirse en nuestro plan, puede inscribirse en Original Medicare.

**Farmacia fuera de la red:** Una farmacia que no aceptó 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 recibe- 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 centro que no es empleado de nuestro plan, ni es propiedad de este ni es operado por este, y que no tiene contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La **Sección D4** del **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* explica los proveedores o centros fuera de la red.

**Medicamentos de venta libre (OTC):** Los medicamentos de venta libre son medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de atención de 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 del Seguro Social, visitas al médico e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sobre sus derechos con respecto a su PHI.

**Servicios preventivos:** Atención de salud para prevenir 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 recurre primero para la mayoría de los problemas de salud. Este profesional se asegura de que usted obtenga la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención y remitirle para que le brinden atención.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención de salud.
- Consulte la **Sección D1** del **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo obtener atención de proveedores de atención primaria.

**Autorización previa (PA):** Una aprobación que debe obtener de nuestra parte antes de poder obtener un servicio o medicamento específico, o antes de acudir a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio ni el medicamento si usted no obtiene la aprobación antes.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene PA de nosotros.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la **Sección D** del **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

**Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE):** Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas a partir de los 55 años que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en su hogar.

**Prótesis y aparatos ortopédicos:** Dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención de salud que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello. miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomías y terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO):** Grupo de médicos y otros expertos de atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para que revise y mejore la atención que se brinda a los pacientes. Consulte **la Sección D** del **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre la QIO.

**Límites de cantidad:** Un límite en la cantidad de un medicamento que puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

**Herramienta de beneficios en tiempo real:** Un portal o aplicación informática en el que las personas inscritas pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica de los medicamentos cubiertos y beneficios de la persona inscrita. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

**Remisión:** Una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para acudir 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 para consultar a determinados médicos especialistas, como especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en **la Sección B** del **Capítulo 3 y la Sección D** del **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

**Servicios de rehabilitación:** Tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte la **Sección D** del **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

**Área de servicio:** Un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función del lugar donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicios pueden inscribirse en nuestro plan.

**Centro de enfermería especializada (SNF):** Un centro de enfermería con el personal y el equipo necesarios para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

**Atención en un centro de enfermería especializada (SNF):** Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación brindados diariamente de manera continua en un centro de enfermería especializada. Entre los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada se incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar un enfermero registrado o un médico.

**Médico especialista:** 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 solicita un servicio de Medicaid que no aprobamos, o si no seguimos pagando un servicio de Medicaid que usted ya tiene, puede solicitar una audiencia ante el Estado. Si se decide a su favor en la audiencia ante el Estado, debemos brindarle el servicio que solicitó.

**Terapia escalonada:** Una regla de cobertura que le exige probar otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI):** Un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidades, son no videntes o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

**Atención urgentemente necesaria:** Atención que recibe por una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no puede hacerlo porque en su momento, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicios de nuestro plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición no visible, pero no es una emergencia médica).

## Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP) Servicios al Miembro

| | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-844-536-2180<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, nuestros representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda a su llamada. Si deja un mensaje en el buzón de voz, incluya su nombre y número de teléfono. Un miembro del equipo le devolverá la llamada en el plazo de un (1) día hábil.<br><br>Servicios al Miembro también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1.º 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.º de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. |
| **CORREO POSTAL** | Wellcare Meridian Dual Align (HMO D-SNP)<br><br>P.O. Box 10050<br><br>Van Nuys, CA 91410-0050 |
| **SITIO WEB** | go.wellcare.com/MeridianIL |

## 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 1-844-536-2180 (TTY: 711).

Español **(Spanish)** 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 1-844-536-2180 (TTY: 711).

Polski **(Polish)** UWAGA: usługi wsparcia językowego są dostępne nieodpłatnie. Bezpłatnie oferowane są również dodatkowe pomoce i usługi pozwalające na przekazanie informacji w formacie przystępnym dla odbiorcy. Zadzwoń pod numer 1-844-536-2180 (TTY: 711).

简体中文 **(Chinese - Simplified)** 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 1-844-536-2180（TTY：711）。

繁體中文 **(Chinese - Traditional)** 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 1-844-536-2180 (TTY：711)。

한국어 **(Korean)** 주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 정보 제공을 위해 적합한 보조 도구 및 서비스 또한 액세스 가능한 형식으로 무료 이용이 가능합니다. 1-844-536-2180 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Tagalog **(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 1-844-536-2180 (TTY: 711).

العربية **(Arabic)** انتَباه: تتوفر لك خدمات مساعِدة لغوية مجانيَّة. تتوفر كذلك مجاناً مساعِدات وخدمات إضافية ملائمة لتزويد المعلومات بتنسيَقات قابلة للوصول إليها. اتصل علِى الرقم 1-844-536-2180 (TTY: 711).

Русский **(Russian)** 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 1-844-536-2180 (TTY: 711).

ગુજરાતી **(Gujarati)** ધ્યાન આપવાની જરૂરા છેે: તીમારાા માટેે ભાષાા સંબંધીી સંહાયાતીાની માફતી સંેવાાઓ ઉપલબ્ધી છેે. એકસંેસં કરી શકાયા તીેવાાં ફોમાેટેમાાં માાહિહાતીી પ્રદાન કરાવાા માટેે યોગ્યા સંહાયાક સંહાયા અને સંેવાાઓ પણ માફતીમાાં ઉપલબ્ધી છેે. 1-844-536-2180 (TTY: 711) પરા કોલ કરો.

اردو **(Urdu)** توجہ: زبان معاونتً کی خدمات آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ معلومات کو قابلِ رسائی شکل میں فراہم کرنےً کے لیے مناًسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-844-536-2180 (TTY: 711) پر کال کریں۔

Tiếng Việt **(Vietnamese)** 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 1-844-536-2180 (TTY: 711).

Italiano **(Italian)** 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 1-844-536-2180 (TTY: 711).

हिंदी **(Hindi)** ध्यान दें: आपके हिए हिंनः शुल्क भाषा सायता सेवाएं उपब्ध ं. एक्से स केरने योग्य फ़ॉर्मेट में जानकारी प्रदीान केरने के हिए उपयुक्त साधन और सेवाएं भी हिंनः शुल्क उपब्ध ं. 1-844-536-2180 (TTY: 711) पर कॉ केरं.

Français **(French)** 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 1-844-536-2180 (TTY : 711).

Ελληνικά **(Greek)** ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται επίσης δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 1-844-536-2180 (TTY: 711).

Deutsch **(German)** 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: 1-844-536-2180 (TTY: 711).