



SeniorCare Complete (HMO D-SNP) Manual para miembros

1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Su cobertura médica, de servicios y atención a largo plazo y de medicamentos de Medicare y Medical Assistance con SeniorCare Complete.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete.

Línea gratuita: **1-866-567-7242**, los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-627-3529** o **711**.

Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

ያስተውሉ፡ ካለምንም ክፍያ ይህንን ዶኩመንት የሚተረጎምሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤတွဲရက်စာတမ်းအားအခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကိုခေါ်ဆိုပါ။

កំណត់សំគាល់ ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរសព្ទតាមលេខខាងលើ ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သူဉ်ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်. ဖဲနမ့ၢ်လိဉ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤကလီၤလၢတၢ်ကကျိးထံဝဲဒၣ်လံာ် တီလံာ်မိတခါအံၤန့ၣ်,ကိးဘဉ် လိတဲစိနီၢ်ဂံၢ်လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ຟຣີ, ຈົ່ງ ໂທໂປທີ່ໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-567-7242. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-567-7242. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-567-7242。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-567-7242。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-567-7242. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-567-7242. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-567-7242 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-567-7242. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-567-7242 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-567-7242. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-567-7242 سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-567-7242 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-567-7242. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-567-7242. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-567-7242. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-567-7242. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-567-7242 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Aviso de derechos civiles

La discriminación es ilegal. South Country Health Alliance (South Country) no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- | | | | |
|----------------------|---|---|--------------------------------|
| • raza | • estado de asistencia pública | • sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género) | • estado de salud |
| • color | • edad | • estado civil | • recibo de servicios de salud |
| • país de origen | • discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental) | • creencias políticas | • experiencia en reclamos |
| • credo | | • condición médica | • historial médico |
| • religión | | | • información genética |
| • orientación sexual | | | |

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico a:

Civil Rights Coordinator
 South Country Health Alliance
 6380 West Frontage Road, Medford, MN 55049
 Línea gratuita: 866-567-7242 TTY: 800-627-3529 o 711 Fax: 507-444-7774
 Correo electrónico: grievances-appeals@mnscha.org

Ayudas y servicios auxiliares: **South Country** brinda ayuda y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, sin cargo y de manera oportuna para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. **Comuníquese con** Servicios para miembros en members@mnscha.org o llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

Servicios de asistencia lingüística: **South Country** proporciona documentos traducidos e interpretación de idiomas hablados, sin cargo y de manera oportuna, cuando los servicios de asistencia con el idioma sean necesarios para garantizar que las personas cuyo dominio de inglés es limitado, tengan un acceso significativo a nuestra información y servicios. **Comuníquese con** Servicios para Miembros en members@mnscha.org o llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

Quejas de derechos civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. También puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes agencias para presentar una queja por discriminación.

U.S Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR)

((Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.))

Usted tiene derecho a presentar una queja ante la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- | | | | |
|---------|------------------|----------------|-------------------------------|
| • raza | • país de origen | • discapacidad | • religión (en algunos casos) |
| • color | • edad | • sexo | |

Comuníquese directamente con la **OCR** para presentar una queja:

Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services
Midwest Region
233 N. Michigan Avenue, Suite 240 Chicago, IL 60601
Centro de respuesta al cliente: 800-368-1019, TTY: 800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

((Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR, por sus siglas en inglés))

En Minnesota, tiene derecho a presentar una queja ante el MDHR si ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- estado de asistencia pública
- discapacidad

Comuníquese directamente con el **MDHR** para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201, St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (voz), 800-657-3704 (llamada gratuita), 711 o 800-627-3529 (MN Relay),
651-296-9042 (fax), Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

Minnesota Department of Human Services (DHS)

((Departamento de Derechos Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) de Minnesota)

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el DHS si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica debido a cualquiera de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión (en algunos casos)
- edad
- discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental)
- sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)

Las quejas deben hacerse por escrito y presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha en que descubrió la supuesta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección y describir la discriminación por la que se queja. La revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si lo hacemos, investigaremos la queja.

DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional que considere importante.

Si presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no podrán tomar represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarlo de ninguna manera por presentar una queja. Presentar una queja de esta manera no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese directamente con el **DHS** para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (voz) o use su servicio de retransmisión preferido.

Los indígenas americanos pueden continuar o empezar a utilizar las clínicas de los servicios de salud indígenas y tribales (IHS, por sus siglas en inglés). No necesitaremos aprobación previa ni impondremos ninguna condición para que reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años, esto incluye los servicios de exención para personas mayores (EW, por sus siglas en inglés) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor de una clínica tribal o de IHS lo/la refiere a un proveedor de nuestra red, no le solicitaremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes de que se le refiera.

**ESTA PÁGINA QUEDA
INTENCIONALMENTE
EN BLANCO**

Manual para miembros Introducción

Este *Manual para miembros*, también conocido como *Evidencia de cobertura*, le informa sobre la cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos con receta y los servicios y apoyos a largo plazo que sean necesarios. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el capítulo 12 de este *Manual para miembros*.

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

Cuando se usan las palabras “nosotros”, “nuestro” o “nuestro plan” en este *Manual para miembros*, se refiere a SeniorCare Complete.

Puede obtener gratuitamente este documento en otros formatos, como letra grande, braille o audio, llamando a Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página. La llamada es gratuita.

Para realizar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página.

Índice

Manual para miembros Introducción 1

Descargo de responsabilidad..... 2

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro 3

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes11

Capítulo 3: Utilizar la cobertura de nuestro plan para su atención
médica y otros servicios cubiertos23

Capítulo 4: Cuadro de beneficios37

Capítulo 5: Obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios79

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados
de Medicare y Medical Assistance93

Capítulo 7: Pedirnos que paguemos una factura por servicios
o medicamentos cubiertos99

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....105

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)113

Capítulo 10: Finalización de su inscripción a nuestro plan.....145

Capítulo 11: Avisos legales153

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes.....155



Descargos de responsabilidad

- ❖ SeniorCare Complete es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con el programa Minnesota Medical Assistance (Medicaid) para ofrecer a los miembros los beneficios de ambos programas. La inscripción en SeniorCare Complete depende de la renovación del contrato.
- ❖ La cobertura de SeniorCare Complete es una cobertura médica calificada denominada “cobertura mínima esencial”. Satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes *(de abril a septiembre)*; de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana *(de octubre a marzo)*. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre SeniorCare Complete, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Medical Assistance, y sobre su inscripción a este. También le indica qué puede esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

- Introducción 3
- A. Bienvenido a nuestro plan 4
- B. Información sobre Medicare y Medical Assistance 4
 - B1. Medicare 4
 - B2. Medical Assistance 4
- C. Ventajas de este plan..... 4
- D. Área de servicio de nuestro plan..... 5
- E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan..... 5
- F. Qué esperar cuando se afilie por primera vez a nuestro plan de salud 6
- G. Su equipo de atención y su plan de atención 6
 - G1. Equipo de atención 6
 - G2. Plan de atención..... 6
- H. Sus gastos mensuales de SeniorCare Complete 6
- I. Su *Manual para miembros*..... 6
- J. Otra información importante que recibirá de nosotros 7
 - J1. Su tarjeta de identificación de miembro 7
 - J2. Directorio de proveedores y farmacias 7
 - J3. Lista de medicamentos cubiertos..... 8
 - J4. Explicación de beneficios 8
- K. Mantener actualizado su registro de inscripción 9
 - K1. Privacidad de su información médica personal 9



A. Bienvenido a nuestro plan

SeniorCare Complete es un plan Medicare Advantage para necesidades especiales. Nuestro plan proporciona servicios de Medicare y Medical Assistance 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 conductual y otros proveedores. También disponemos de coordinadores y equipos de atención para ayudarlo a gestionar todos los proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

B. Información sobre Medicare y Medical Assistance

B1. Medicare

Medicare es un programa de seguro de salud federal para las personas que cumplan los siguientes requisitos:

- personas de 65 años o más;
- algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades; y
- personas con insuficiencia renal terminal (falla en los riñones).

B2. Medical Assistance

Medical Assistance es el nombre del programa de Medicaid de Minnesota. Medical Assistance es gestionado por el estado y lo pagan el estado y el gobierno federal. Medical Assistance ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos extras que no son cubiertos por Medicare.

Cada Estado decide lo siguiente:

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

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

Medicare y el estado de Minnesota aprobaron nuestro plan. Puede recibir servicios de Medicare y de Medical Assistance a través de nuestro plan siempre que:

- nosotros elegimos ofrecerle el plan; y
- Medicare y el estado de Minnesota nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Aunque nuestro plan deje de funcionar en el futuro, su derecho a los servicios de Medicare y Medical Assistance no se verá afectado.

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá de nuestro plan todos los servicios cubiertos por Medicare y Medical Assistance, incluidos los medicamentos con receta. **No tiene que pagar nada más por afiliarse a este plan de salud.**

Lo ayudamos a que sus beneficios de Medicare y de Medical Assistance funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen lo siguiente:

- Puede trabajar con nosotros para la **mayoría de** sus necesidades de atención médica.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

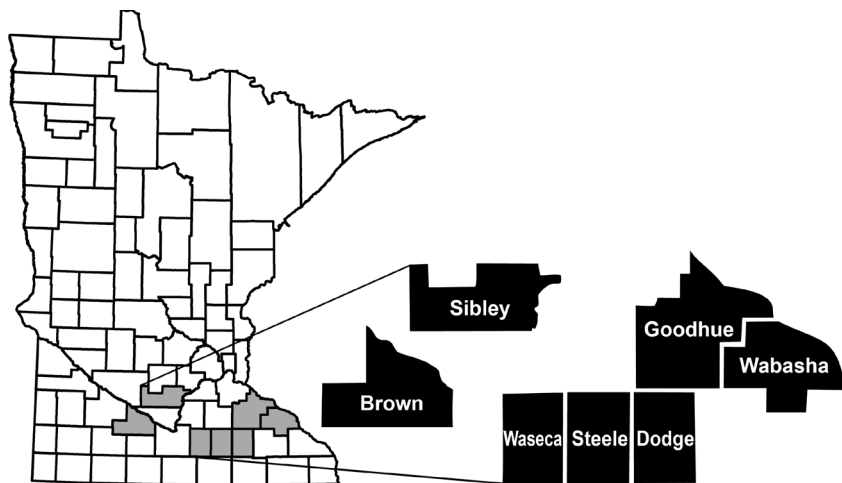
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a formar. Su equipo de atención puede estar formado por usted mismo, su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Se trata de una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudarlo a elaborar un plan de cuidados.
- Usted puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo y coordinador de atención.
- Su equipo y el coordinador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de cuidados diseñado para satisfacer **sus** necesidades médicas. El equipo de atención lo ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de que:
 - » Sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para asegurarse de que toma los correctos y reducir los efectos secundarios que pueda tener.
 - » Los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según sea adecuado.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Minnesota: Brown, Dodge, Goodhue, Sibley, Steele, Wabasha y Waseca.

Solos las personas que viven en nuestra área de servicio puede afiliarse a nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se traslada fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **capítulo 8, sección I**, de este *Manual para miembros* para más información sobre los efectos de trasladarse fuera de nuestra área de servicio.



E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre que cumpla los siguientes requisitos:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera a las personas encarceladas que viven en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella);
- tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B;
- sea un ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en Estados Unidos;
- sea elegible actualmente para Medical Assistance; **y**
- tenga 65 años o más.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



Si pierde la elegibilidad, pero se espera que la recupere en un plazo de 90 días, sigue teniendo derecho a nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

F. Qué esperar cuando se inscriba por primera vez a nuestro plan de salud

Cuando se afilie por primera vez a nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgos de salud (HRA) en un plazo de 30 días antes o después de la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos completar una HRA por usted. Esta HRA es la base para elaborar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos ponemos en contacto con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención u otra persona del ámbito sanitario que usted elija.

Un coordinador de atención es una persona formada para ayudarlo a gestionar los cuidados que necesita. Cuando se inscribe en nuestro plan, recibe un coordinador de atención. Esta persona también lo remite a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no proporcionarle y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su coordinador y equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Esto incluye sus servicios médicos, de salud conductual y LTSS.

Su plan de atención incluye:

- sus objetivos médicos; y
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de la HRA. Le preguntan por los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que puede plantearse contratar. Su plan de atención se elabora 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. Sus gastos mensuales de SeniorCare Complete

Nuestro plan no tiene prima.

I. Su *Manual para miembros*

Su *Manual para miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte **el capítulo 9, sección E2**, de este *Manual para miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparece al final de la página para pedirnos que le enviemos un *Manual para miembros*. También puede consultar el *Manual para miembros* que se encuentra en nuestro sitio web, en la dirección web que figura al final de la página.

El contrato estará en vigor durante los meses en que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

J. Otra información importante que recibirá de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos es su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

En nuestro plan, usted dispone de una tarjeta para sus servicios de Medicare y de Medical Assistance, incluidos los LTSS, determinados servicios de salud conductual y recetas médicas. Muestre esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta.

Aquí tiene un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:

Encaso de deterioro, pérdida o robo de su tarjeta de identificación de miembro, llame inmediatamente a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Medical Assistance para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, por si luego las necesita. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, es posible que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan y que usted reciba una factura. Consulte el **capítulo 7** de este *Manual para miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Para los beneficios cubiertos fuera de nuestro plan es posible que tenga que utilizar su tarjeta de Medical Assistance. Consulte el **capítulo 4, sección E**.



Name: John Doe
ID: G1234567801
PM#: 12345678

DOB: 01/01/1949
Issue Date: 01/01/2025
Issuer: 80480
H2419-001

Svc Type: Medical/Dental/Rx
Care Type: SCHA SeniorCare Complete
Dental Netwk: MN Select Dental

Medicare RxPCN: 06190000
Medicare RxBIN: 019587
Medicaid RxPCN: 06180000
Medicaid Rx BIN: 019595

www.mnscha.org

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

Authorization is not required for emergency care.

Member Services: 1-866-567-7242 TTY 1-800-627-3529 or 711
Dental: Delta Dental of MN 1-866-398-9419 TTY 711
24/7 Nurse Advice: 1-866-538-1226 TTY 1-877-777-6534

Plan Grievance & Appeals: 1-866-567-7242, or write SCHA, Grievance & Appeals Dept., 6380 W Frontage Rd, Medford, MN 55049. **State Appeal:** DHS Appeals Unit, PO Box 64941, St. Paul, MN 55164. **Ombudsperson:** 1-651-431-2260 (metro) or 1-800-657-3729 (greater MN) TTY 711.

Provider Services: Medical: 1-888-633-4055 Dental 1-866-398-9419
Medicare Pharmacy: 1-866-935-6681 **Medicaid Pharmacy:** 1-866-935-8874
Medical claims to SCHA, Electronic Payer ID# 81600.
Dental claims to Delta Dental of Minnesota, PO Box 9120, Farmington Hills, MI 48333-9120

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de 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 recibir servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de esta página. Las solicitudes de Directorio de proveedores y farmacias en papel se enviarán por correo en un plazo de tres días laborables. Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en el sitio web que figura al final de la página.

Tanto los Servicios para Miembros como el sitio web pueden ofrecerle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red. También puede buscar proveedores utilizando la herramienta de búsqueda de proveedores en línea del sitio web.

Si SeniorCare Complete es nuevo para usted, puede seguir utilizando los médicos que utiliza ahora hasta 120 días por determinados motivos. Consulte el **capítulo 3, sección B**, para obtener más información.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Transcurridos los 120 días, usted tendrá que recurrir a médicos y otros proveedores de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan de salud. Consulte el **capítulo 3, sección B**, para más información sobre cómo obtener atención.

Definición de proveedores de la red

- Nuestra red de proveedores incluye lo siguiente:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que presten servicios de salud en nuestro plan; y
 - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos (DME) y otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medical Assistance.

Los proveedores de la red se comprometen a aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago íntegro.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas a los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.
- Salvo en caso de urgencia, *debe* surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si quiere que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de esta página. Tanto los Servicios para Miembros como el sitio web pueden ofrecer la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan dispone de una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Le indica qué medicamentos recetados cubre nuestro plan.

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **capítulo 5, sección C**, de este *Manual para miembros* para obtener más información.

Cada año le enviamos información sobre cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero pueden producirse algunos cambios a lo largo del año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que figura al final de la página.

J4. Explicación de beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, le enviamos un informe resumido para ayudarlo a comprender y llevar un control de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios* (EOB).

La EOB le indica la cantidad total que usted, u otros en su nombre, gastaron en sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare y la cantidad total que pagamos por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma, como los incrementos de precio y otros medicamentos con menor participación en los gastos compartidos que pueden estar disponibles. Puede hablar con su médico sobre estas opciones más baratas. En el **capítulo 6, sección A**, de este *Manual para miembros* encontrará más información sobre la EOB y cómo lo ayuda a llevar el control de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener un ejemplar, póngase en contacto con Servicios para Miembros en los números que figuran al final de la página.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

K. Mantener actualizado su registro de inscripción

Puede mantener actualizado su registro de inscripción informándonos sobre cualquier cambio en sus datos.

Necesitamos esta información para asegurar que tengamos sus datos correctos en nuestros registros. Los proveedores y farmacias de nuestra red también necesitan información correcta sobre usted. **Ellos utilizan su historial de inscripción para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto cuestan.**

Infórmenos enseguida de lo siguiente:

- cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, o la compensación para trabajadores;
- cualquier reclamo de responsabilidad civil, como las derivadas de un accidente de automóvil;
- ingresos en un centro de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o en urgencias;
- cambios en su cuidador (o en cualquier persona responsable de usted); y
- si participa en un estudio de investigación clínica. **(NOTA:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que participe o del que forme parte, pero lo animamos a que lo haga).

Si cambia alguna información, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de esta página.

Llame a un trabajador del condado para notificar los siguientes cambios:

- Cambios de nombre o dirección
- Ingreso en un hogar para ancianos
- Adición o pérdida de un miembro de la familia
- Pérdida o robo de la tarjeta de identificación del Programa de Atención Médica de Minnesota
- Nuevo seguro: indique las fechas de inicio y finalización
- Nuevo empleo o cambio de ingresos

K1. Privacidad de su información médica personal

La información contenida en su expediente de inscripción puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **capítulo 8, sección C**, de este *Manual para miembros*.



ESTA PÁGINA QUEDA
INTENCIONALMENTE
EN BLANCO



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

En este capítulo encontrará los datos de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a resolver sus dudas sobre nuestro plan y sus beneficios médicos. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y con otras personas para que aboguen en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Servicios para Miembros	12
B. Servicios Dentales.....	14
C. Su Coordinador de atención.....	14
D. Atención de enfermería las 24 horas.....	15
E. Línea de crisis de salud mental de Minnesota	16
F. Senior LinkAge Line®	16
G. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)	17
H. Medicare	17
I. Medical Assistance	18
J. Defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada	18
K. Oficina del Defensor del pueblo para Atención a largo plazo (OOLTC).....	19
L. Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados.....	20
L1. Ayuda adicional.....	20
L2. Programa de asistencia de medicamentos contra el sida (ADAP).....	20
M. Seguro Social	20
N. Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).....	21
O. Seguro colectivo u otro seguro de una empresa.....	21



A. Servicios para Miembros

LLAME AL	1-866-567-7242. Esta llamada es gratuita. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (<i>de abril a septiembre</i>); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (<i>de octubre a marzo</i>). Disponemos de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711, o use el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita. O BIEN 1-800-627-3529. Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (<i>de abril a septiembre</i>); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (<i>de octubre a marzo</i>).
FAX	1-507-431-6328
ESCRIBA A	South Country Health Alliance Attn: Member Services 6380 W Frontage Rd Medford, MN 55049 <i>Para escribirnos solo para decisiones de cobertura medicamentos recetados de la Parte D</i> South Country Health Alliance Attention: Prior Authorization 200 Stevens Drive, 4th Floor Philadelphia, PA 19113 <i>Para escribirnos solo para apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D</i> South Country Health Alliance Attention: Appeals 200 Stevens Drive, 4th Floor Philadelphia, PA 19113 <i>Para escribirnos solo para solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D</i> South Country Health Alliance Attention: Direct Member Reimbursement 200 Stevens Drive, 4th Floor Philadelphia, PA 19113
CORREO ELECTRÓNICO	members@mnscha.org
SITIO WEB	www.mnscha.org

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - » sus beneficios y servicios cubiertos; o
 - » el monto que pagamos por sus servicios médicos.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

- Llámenos si tiene dudas sobre una decisión de cobertura relativa a su atención médica.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **capítulo 9, sección E**, de este *Manual para miembros*.
- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una *apelación* es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que hemos tomado sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que hemos cometido un error.
 - Para más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **capítulo 9, sección E**, de este *Manual para miembros* o comuníquese con Servicios para Miembros.
- Quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluidos los que no pertenecen a la red o los de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que ha recibido (consulte la **sección G**).
 - Puede llamarnos y explicarnos su queja al 1-866-567-7242. TTY 1-800-633-3529 o 711.
 - Si su queja se refiere a una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx, o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Si desea más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **capítulo 9, sección K**, de este *Manual para miembros*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - » sus beneficios y sus medicamentos cubiertos; o
 - » el monto que pagamos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de Medicare Parte D, a los medicamentos recetados y de venta libre de Medical Assistance.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de medicamentos recetados, consulte el **capítulo 9, sección G**, de este *Manual para miembros*.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de pedirnos que modifiquemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación por medicamentos recetados, consulte el **capítulo 9, sección G**, de este *Manual para miembros*.
- Reclamos sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados.
 - Si su queja se refiere a una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).



- Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por medicamentos recetados, consulte **el capítulo 9, sección G**, de este *Manual para miembros*.
- Pago de atención médica o medicamentos que ya ha abonado
 - No permitimos que los proveedores de SeniorCare Complete le facturen estos servicios. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. La excepción es si paga los medicamentos recetados de Medicare Parte D. Si pagó por un servicio que cree que deberíamos haber cubierto, comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página.
 - Para más información sobre cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura recibida, consulte **el capítulo 7, sección A**, de este *Manual para miembros*.
 - Si nos pide que paguemos una factura y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **capítulo 9, sección E**, de este *Manual para miembros*.

B. Servicios Dentales

LLAME AL	Servicio de atención al cliente de Delta Dental de Minnesota: 1-866-398-9419 Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. Disponemos de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711, o use el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.

Comuníquese con Servicios Dentales

- Para encontrar un dentista
- Para preguntar sobre reclamos dentales
- Ayuda para concertar una cita

C. Su Coordinador de atención

Nuestros miembros disponen de un coordinador de atención que los ayuda a coordinar los servicios necesarios. La coordinación de la atención corre a cargo de trabajadores sociales y enfermeros locales del condado. Llame a Servicio para Miembros al número que figura a continuación para que lo ayuden a comunicarse con el coordinador de atención de su condado.

LLAME AL	1-866-567-7242. Esta llamada es gratuita. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (<i>de abril a septiembre</i>); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (<i>de octubre a marzo</i>). Disponemos de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
-----------------	---



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

TTY	711, o use el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita. O BIEN 1-800-627-3529. Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (<i>de abril a septiembre</i>); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (<i>de octubre a marzo</i>).
ESCRIBA A	South Country Health Alliance Attn: Servicios para Miembros 6380 W Frontage Rd Medford, MN 550649

Comuníquese con su coordinador de atención para que lo ayude con lo siguiente:

- dudas sobre su atención médica
- dudas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)
- dudas sobre el traslado
- dudas sobre los Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)
 - Debe someterse a una Consulta de atención a largo plazo (LTCC) y ser considerado apto para recibir servicios o apoyo adicionales. Puede pedir que le hagan esta evaluación en su casa, apartamento, centro donde vive u otro lugar acordado.

D. Línea de atención de enfermería las 24 horas

La línea de atención de enfermería puede ayudarlo cuando necesite consejo médico. Este recurso es gratuito para los miembros de SeniorCare Complete. Este útil servicio cuenta con enfermeras tituladas con experiencia que responden a sus preguntas sobre salud. Pueden ayudarlo a decidir qué hacer cuando esté enfermo o lesionado, y están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede consultar la página web www.mnscha.org.

LLAME AL	Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. La llamada es gratuita. Las llamadas se atienden 24 horas al día, 7 días a la semana. Disponemos de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711, o use el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita. O BIEN 1-800-627-3529. Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. Las llamadas se atienden 24 horas al día, 7 días a la semana.

Comuníquese con la línea de atención de enfermería para recibir ayuda con:

- dudas sobre su salud u opciones de tratamiento médico
- entender lo que significan sus síntomas
- decidir si debe ir al médico

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



E. Línea de crisis de salud mental de Minnesota

LLAME AL	Llame al número de teléfono correspondiente al condado en el que vive. La llamada es gratuita. Las llamadas se atienden 24 horas al día, 7 días a la semana. Disponemos de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.			
	Brown	1-877-399-3040	Steele	1-844-274-7472
	Dodge	1-844-274-7472	Wabasha	1-844-274-7472
	Goodhue	1-844-274-7472	Waseca	1-844-274-7472
	Sibley	1-877-399-3040		
TTY	711, o use el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita. O BIEN 1-800-627-3529. Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. Las llamadas se atienden 24 horas al día, 7 días a la semana.			

Comuníquese con Minnesota Mental Health Crisis Line para obtener ayuda con lo siguiente:

- dudas sobre su salud u opciones de tratamiento médico
- concertar una cita de cualquiera de nuestros servicios de salud mental
- intérpretes para clientes de habla no inglesa que necesiten servicios de salud mental
- dudas sobre servicios para trastornos por consumo de sustancias

F. Senior LinkAge Line®

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) ofrece asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a los beneficiarios de Medicare. En Minnesota, el SHIP se llama Senior LinkAge Line®.

Senior LinkAge Line® no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	1-800-333-2433 La llamada es gratuita.
TTY	Llame al servicio de retransmisión de Minnesota al 711 o utilice su servicio de retransmisión preferido. Esta llamada es gratuita.
ESCRIBA A	Minnesota Board on Aging PO Box 64976 St. Paul, MN 55164-0976
CORREO ELECTRÓNICO	Senior.linkage@state.mn.us
SITIO WEB	www.mn.gov/senior-linkage-line

Comuníquese con Senior LinkAge Line® si necesita ayuda con lo siguiente:

- dudas sobre Medicare
- Los asesores de Senior LinkAge Line® pueden responder a sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - entender sus derechos;
 - entender las opciones de su plan;



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

- presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento; y
- solucionar problemas con sus facturas.

G. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención a los beneficiarios de Medicare. Livanta no está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-524-9900 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. Buzón de voz disponible las 24 horas
TTY	1-888-985-8775 Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. O bien 711, o use el servicio de retransmisión que prefiera. Estas llamadas son gratuitas.
ESCRIBA A	Livanta LLC, Programa BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

Comuníquese con Livanta si necesita ayuda con lo siguiente:

- dudas sobre sus derechos de atención médica
- presentar una queja sobre la atención recibida si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención;
 - cree que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto; o
 - cree que sus servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) están terminando demasiado pronto.

H. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

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

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, 24 horas al día, 7 días a la semana.
-----------------	---

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos, agencia de atención médica en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centro de cuidados terminales. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También dispone de documentos que puede imprimir directamente desde tu ordenador. Si no dispone de un ordenador, puede utilizar los ordenadores de la biblioteca o el centro para ancianos de su localidad para visitar este sitio web. También puede llamar a Medicare al número indicado más arriba y decirles lo que necesita. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted.

I. Medical Assistance

Medical Assistance ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y costos médicos.

Usted está inscrito en Medicare y en Medical Assistance. Si tiene dudas sobre la ayuda que recibe de Medical Assistance, llame al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

LLAME AL	Departamento de Servicios Humanos de Minnesota Consumidores de Atención Médica del Departamento (HCCS) 1-651-431-2670 (área metropolitana de Twin Cities) O 1-800-657-3739 (fuera del área metropolitana de Twin Cities). La llamada es gratuita De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	711, o use el servicio de retransmisión que prefiera. Estas llamadas son gratuitas.
ESCRIBA A	Departamento de Servicios Humanos de Minnesota 444 Lafayette Road North St. Paul, MN 55155
CORREO ELECTRÓNICO	DHS.info@state.mn.us
SITIO WEB	www.mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp

J. Defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada

El Defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada trabaja como abogado en su nombre. Pueden responder a sus preguntas si tiene algún problema o queja, y ayudarlo a saber qué hacer. El Defensor del Pueblo para Programas Públicos de Atención Sanitaria Gestionada también lo ayuda con problemas de servicio o facturación. No están relacionados con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

LLAME AL	1-651-431-2660 (área metropolitana de Twin Cities) O 1-800-657-3729 (fuera del área metropolitana de Twin Cities) La llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	1-800-627-3529 Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. O bien 711, o use el servicio de retransmisión que prefiera. Estas llamadas son gratuitas.
ESCRIBA A	Departamento de Servicios Humanos de Minnesota Defensor del pueblo para los programas públicos de atención médica administrada PO Box 64249 St. Paul, MN 55164-0249
CORREO ELECTRÓNICO	dhsombudsman.smhcp@state.mn.us
SITIO WEB	mn.gov/dhs/managedcareombudsman

K. Oficina del Defensor del pueblo para Atención a largo plazo (OOLTC)

El OOLTC ayuda a las personas a obtener información sobre hogares para ancianos y convalecientes y a resolver problemas entre los hogares y los residentes o sus familias.

OOLTC no está relacionado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	1-651-431-2555 (área metropolitana de Twin Cities) O 1-800-657-3591 (fuera del área metropolitana de Twin Cities). La llamada es gratuita De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	1-800-627-3529 Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. o bien 711, o use el servicio de retransmisión que prefiera. Estas llamadas son gratuitas.
ESCRIBA A	Oficina del Defensor del pueblo para Atención a largo plazo de Minnesota PO Box 64971 St. Paul, MN 55164-0971
CORREO ELECTRÓNICO	mba.ooltc@state.mn.us
SITIO WEB	www.mn.gov/ooltc

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



L. Programas de ayuda para el pago de medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

L1. Ayuda adicional

Dado que reúne los requisitos para recibir Medicaid, reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesitas hacer nada para obtener esta “Ayuda Adicional”.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
SITIO WEB	www.medicare.gov

L2. Programa de asistencia de medicamentos contra el sida (ADAP)

El ADAP ayuda a las personas que tienen VIH y son elegibles para acceder a medicamentos contra el VIH que pueden salvarle la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están en el formulario del ADAP cumplen los requisitos para la asistencia de gastos compartidos para medicamentos recetados. Para más información, llame al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota al 651-431-2414 o al 800-657-3761, (TTY 711).

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funcione en su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, entre los que se incluyen la prueba de residencia en el estado y de la condición de VIH, tener bajos ingresos según la definición del estado y la condición de no asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifíquelo a su trabajador de inscripción local del ADAP para seguir obteniendo asistencia e información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, y comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota al 651-431-2414 o al 800-657-3761, (TTY 711).

M. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y gestiona la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que padezcan una discapacidad o una enfermedad renal terminal (ESRD) y cumplan determinadas condiciones son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse a Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o acudir a la oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que lo informe al Seguro Social.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
-----------------	--



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

TTY	1-800-325-0778 Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo.
SITIO WEB	www.ssa.gov

N. Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra amplios programas de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, es importante que les comunique si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene dudas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si pulsa "0", podrá hablar con un representante de la RRB ▪ de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes y ▪ de 9:00 a. m. al mediodía el miércoles. Si pulsa "1", podrá acceder a la RRB HelpLine automatizada y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamarlo. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

O. Seguro colectivo u otro seguro de una empresa

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empresa (o de la de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empresa/sindicato o a Servicio para Miembros si tiene alguna duda. Puede preguntar sobre su empresa (o la de su cónyuge o pareja de hecho), los beneficios médicos para jubilados, las primas o sobre el periodo de inscripción. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene dudas relacionadas con la cobertura de Medicare de este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empresa (o la de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



ESTA PÁGINA QUEDA
INTENCIONALMENTE
EN BLANCO



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Capítulo 3: Utilizar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene las condiciones y normas específicas que debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de atención, cómo recibir atención de distintos tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluidos los proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubrimos y las normas para ser propietario de un equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores	25
B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	25
C. Su coordinador de atención	26
C1. Qué es un coordinador de atención	26
C2. Cómo puede ponerse en contacto con su coordinador de atención	26
C3. Cómo cambiar de coordinador de atención	26
D. Atención de los proveedores.....	27
D1. Atención en una clínica de atención primaria (PCC)	27
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	27
D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan	28
D4. Proveedores fuera de la red	28
E. Proveedores de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).....	29
F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias).....	29
G. Servicios de traslados	29
H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica con necesidad urgente o durante una catástrofe.....	30
H1. Atención en caso de emergencia médica	30
H2. Atención de necesidad urgente.....	31
H3. Atención durante una catástrofe.....	31
I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubre nuestro plan.....	31
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	32
J. Cobertura de los servicios médicos en un estudio de investigación clínica.....	32
J1. Definición de estudio de investigación clínica	32
J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	33
J3. Más información sobre estudios de investigación clínica.....	33

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



- K. Cómo se cubren sus servicios médicos en una institución religiosa no médica para servicios de salud.....33**
 - K1. Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud..... 33
 - K2. Atención en una institución religiosa no médica para servicios de salud 33
- L. Equipo médico duradero (DME)34**
 - L1. DME como miembro de nuestro plan..... 34
 - L2. Titularidad del DME si cambia a Original Medicare 34
 - L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan..... 34
 - L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a otro plan de Medicare Advantage (MA)..... 35



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes *(de abril a septiembre)*; de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana *(de octubre a marzo)*. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** incluyen atención médica, servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y de venta sin receta, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica, salud conductual y LTSS figuran en el **capítulo 4** de este *Manual para miembros*. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta sin receta figuran en el **capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

Los **proveedores** son los médicos, los enfermeros y otras personas que prestan servicios y atención. Los proveedores también incluyen a los hospitales, las agencias de atención médica en el hogar, las clínicas y otros lugares que prestan servicios de atención médica y de salud conductual, equipos médicos y algunos LTSS.

Los **proveedores de la red** son aquellos que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores se comprometen a aceptar nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le prestan. Generalmente, cuando acude a un proveedor de la red, no se le cobra nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medical Assistance. Esto incluye servicios salud conductual y LTSS.

Por lo general, nuestro plan pagará los servicios médicos, los servicios de salud conductual y los LTSS que reciba cuando siga nuestras normas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestro Cuadro de beneficios del **capítulo 4** de este *Manual para miembros*.
- La atención médicamente necesaria es apropiada para su afección. Esto incluye la atención relacionada con las afecciones físicas y la salud mental. También comprende el tipo y el nivel de servicios. Incluye la cantidad de tratamientos. También incluye el lugar donde recibe los servicios y el tiempo que continuarán. Los servicios médicamente necesarios deben cumplir con los siguientes requisitos:
 - » Son servicios que otros proveedores pedirían habitualmente.
 - » Lo ayudarán a mejorar o a mantener su nivel de bienestar.
 - » Lo ayudarán a evitar que su afección empeore.
 - » Lo ayudarán a prevenir y encontrar problemas de salud.
- **Usted recibe atención de proveedores de la red.** Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. He aquí algunos casos en los que no se aplica esta norma:
 - Cubrimos la atención de emergencia o de necesidad urgente prestada por un proveedor fuera de la red (para más información, consulte la **sección H** de este capítulo).
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionársela, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Podría necesitar una autorización previa antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubrimos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan durante un breve periodo de tiempo o cuando su proveedor no esté disponible temporalmente o no pueda acceder a él. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.



- Cuando se inscriba por primera vez al plan, podrá seguir utilizando los proveedores que usa ahora durante un máximo de 120 días por los siguientes motivos:
 - » Una afección aguda
 - » Una enfermedad física o mental potencialmente mortal
 - » Una discapacidad física o mental definida como una incapacidad para realizar una o más actividades importantes de la vida. Esto aplica a las discapacidades que duraron o se espera que duren, al menos, un año, o que posiblemente causen la muerte.
 - » Una afección discapacitante o crónica que esté en fase aguda
 - » Está recibiendo servicios de atención médica culturalmente apropiados (excluidos los servicios de transporte) y el plan no dispone de un proveedor de la red con experiencia especial en la prestación de estos servicios.
 - » Usted no habla inglés y el plan no dispone de un proveedor de la red que pueda comunicarse con usted, directamente o a través de un intérprete.

Si su proveedor de atención médica calificado certifica que usted tiene una esperanza de vida de 180 días o menos, es posible que, durante el resto de su vida, pueda continuar recibiendo los servicios de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red.

Se hace una excepción con la planificación familiar, que es un servicio de libre acceso que cubrimos a través de Medical Assistance. Las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier proveedor, aunque no pertenezca a nuestra red, para recibir determinados servicios de planificación familiar. Es decir, por cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. Para más información, consulte la sección “Servicios de planificación familiar” del Cuadro de beneficios del **capítulo 4**.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Un coordinador de atención es una persona que se reunirá con usted y hablará sobre sus necesidades y deseos. Lo ayudarán a desarrollar y coordinar los apoyos y servicios identificados en su plan de atención. Como recurso local, su coordinador de atención puede ayudarlo a identificar y acceder a los servicios necesarios para mantenerse sano. Pueden ayudarlo a concertar citas médicas o dentales y a coordinar los servicios tras la hospitalización.

La coordinación de la atención es proporcionada a los miembros de SeniorCare Complete por trabajadores sociales y enfermeros locales del condado.

C2. Cómo puede ponerse en contacto con su coordinador de atención

La carta de *Introducción a la coordinación de la atención* de su coordinador de atención incluirá el número de teléfono y la dirección de su coordinador de atención. Si pierde los datos de contacto de su coordinador de atención, llame a Servicios para Miembros para que se los faciliten.

C3. Cómo cambiar de coordinador de atención

Si desea cambiar de coordinador de atención, llame a Servicios para Miembros y tramitarán su solicitud.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

D. Atención de los proveedores

D1. Atención en una clínica de atención primaria (PCC)

Puede elegir una clínica de atención primaria (PCC) para que le proporcione y gestione su atención.

Definición de “PCC” y qué hace un PCC por usted

Una clínica de atención primaria (PCC) es el primer lugar al que usted acude normalmente para recibir atención y puede proporcionarle la mayoría de los servicios médicos que necesita. Como miembro, usted elige su PCC o se le asigna uno si no lo elige en el momento de la inscripción. El uso de un PCC facilita que los profesionales de la salud le conozcan a usted y a su familia, y que usted los conozca a ellos.

Las clínicas de atención primaria cuentan con profesionales que prestan atención primaria. Algunos ejemplos son los médicos generalistas, los médicos de medicina interna, los médicos de familia, los pediatras y los ginecólogos y obstetras.

Si cree que necesita recurrir a otro proveedor o a un especialista, su PCC puede ayudarlo a tomar esa decisión e incluso hacerle recomendaciones. Aunque no necesita una remisión para utilizar cualquier proveedor de nuestra red, consultar a su PCC puede ayudarlo a encontrar los servicios que necesita y a mantenerse informados sobre su atención.

Su elección de PCC

Cuando se inscribe a nuestro plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su clínica de atención primaria (PCC) de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. Su PCC es un proveedor que cumple los requisitos estatales y está capacitado para prestarle atención médica básica.

Si se le asigna un PCC no está obligado a utilizarlo, puede elegir otro PCC siempre que forme parte de nuestra red.

Si no encuentra un listado de PCC en su zona o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

Opción de cambiar su PCC

Puede cambiar su PCC por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCC abandone la red de nuestro plan. Si su PCC abandona nuestra red, podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCC en nuestra red.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas, tales como:

- Los *oncólogos* atienden a pacientes con cáncer.
- Los *cardiólogos* atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los *ortopedistas* atienden a pacientes con afecciones óseas, articulares o musculares.

No necesita una remisión para acudir a un especialista de la red del plan; sin embargo, se recomienda que se ponga en contacto con su clínica de atención primaria (PCC) y le informe cuando vaya a acudir a un proveedor de la red distinto.

Si no podemos encontrar un proveedor calificado de la red del plan, debemos darle una autorización previa permanente para que usted acuda a un especialista calificado para cualquier de estas condiciones:

- una afección crónica (continua);
- una enfermedad física o mental potencialmente mortal;
- una enfermedad o discapacidad degenerativa; y
- cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento con un especialista.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Si no obtiene nuestra autorización previa cuando sea necesaria, es posible que no se pague la factura. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

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

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos darles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, se lo notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que siga gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a pedir, y trabajamos con usted para garantizarlo, que continúe el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo.
- Le informaremos sobre los distintos periodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, debemos concertar un especialista fuera de la red para que le atienda cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Necesitará autorización previa.
- Si cree que no hemos sustituido a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos gestionando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja sobre la calidad de la atención o ambas. (Para más información, consulte el **capítulo 9**).

Si se entera de que uno de sus proveedores abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar su atención. Para obtener ayuda, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.

D4. Proveedores fuera de la red

En algunos casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Si necesita un servicio cubierto que no puede obtener de nuestro proveedor, debe obtener nuestra autorización previa para contratar a un proveedor fuera de la red. Su médico o su representante autorizado pueden ayudarlo a hacerlo. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Si recurre a un proveedor fuera de la red, éste debe reunir los requisitos para participar en Medicare o Medical Assistance.

- No podemos pagar a un proveedor que no reúna los requisitos para participar en Medicare o Medical Assistance.
- Si acude a un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no reúnen los requisitos para participar en Medicare.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Es posible que pueda obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), como los servicios prestados por el programa Exención para personas mayores (EW) como miembro de SeniorCare Complete. Los servicios y apoyo a largo plazo son ayudas para personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas, como bañarse, vestirse, preparar la comida y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, en un lugar elegible de su elección. Hable con su coordinador de atención sobre el acceso a estos servicios.

- Debe someterse a una Consulta de atención a largo plazo (LTCC) y ser considerado apto para recibir servicios o apoyo adicionales. Puede pedir que le hagan esta evaluación en su casa, apartamento o centro donde viva.
- Si llama para solicitar una visita, su coordinador de atención se reunirá con usted y su familia para hablar de sus necesidades de atención.
- Su coordinador de atención le dará información sobre los servicios de su comunidad, lo ayudará a encontrar servicios para permanecer en su casa o en la comunidad, y para salir de un hogar para ancianos u otro centro.

Si necesita servicios de planificación y coordinación de la transición para que lo ayuden a trasladarse a la comunidad, puede ser elegible para los servicios de Mudanza a casa Minnesota (MHM). Los servicios de MHM son independientes de los servicios de EW, pero usted debe ser elegible para EW.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.

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

Si tiene alguna enfermedad o problema que requiera servicios de salud conductual, póngase en contacto con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención. Pueden ayudarle a encontrar la atención más adecuada para usted e informarle si un servicio requiere autorización previa (aprobación antes de recibir el servicio).

G. Servicios de traslados

Si necesita traslados para ir y volver de los servicios médicos que cubrimos, llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página. Le brindaremos la forma más apropiada y económica de traslado. No estamos obligados a brindarle transporte hasta su clínica de atención primaria si esta se encuentra a más de 30 millas de su hogar o si usted elige a un proveedor de especialidad que se encuentra a más de 60 millas de su hogar. Llame a Servicio para Miembros si no tiene una clínica de atención primaria disponible en un radio de 30 millas de su domicilio y/o si hay más de 60 millas hasta su proveedor de atención especializada.

Si cumple los requisitos, puede utilizar estos dos servicios de transporte médico no urgente:

- Servicios de transporte no asistido: también conocido como transporte común e incluye conductores voluntarios, autobuses, taxis y otros transportistas comerciales.
- Servicios de transporte asistido: para personas que tienen una discapacidad física o mental y no pueden utilizar con seguridad los servicios de transporte no asistido. El conductor proporciona atención directa para ayudar a los miembros a subir y bajar de un vehículo, así como a ir y volver de su cita. El transporte asistido también incluye servicios ambulatorios, en silla de ruedas y en camilla.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica con necesidad urgente o durante una catástrofe

H1. Atención en caso de emergencia médica

Una urgencia médica es una afección con síntomas como dolor intenso o lesiones graves. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento medio de salud y medicina podría esperar que acabe en:

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

Si tiene una urgencia médica:

- **Consiga ayuda lo antes posible.** Llama al 911 o acuda al servicio de urgencias u hospital más cercano. Llama a una ambulancia si lo necesitas. **No** necesita la aprobación ni la derivación de su PCC. **No** es necesario utilizar un proveedor de red. Puede recibir atención médica de urgencia siempre que la necesite, en cualquier lugar de EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor que tenga una licencia estatal adecuada.
- **Tan pronto como sea posible, informe a nuestro plan sobre su emergencia.** Hacemos un seguimiento de su atención de urgencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos de su atención de urgencia, normalmente en un plazo de 48 horas. Sin embargo, no pagará los servicios de urgencia si tarda en avisarnos. También puede llamar a Servicios para Miembros al número que figuran al final de esta página o en el reverso de la tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en caso de urgencia médica

Si necesita una ambulancia para ir a urgencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para más información, consulte el Cuadro de beneficios en **el capítulo 4** de este *Manual para miembros*. **Nuestro plan no cubre la atención médica de urgencia que reciba fuera de Estados Unidos y sus territorios.**

Los profesionales que lo atienden de urgencia deciden cuándo su estado es estable y la urgencia médica ha terminado. Seguirán tratándolo y se pondrán en contacto con nosotros para hacer planes si necesita cuidados de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre sus cuidados de seguimiento. Si recibe atención de urgencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Recibir atención de urgencia si no era una urgencia

A veces puede resultar difícil saber si se trata de una urgencia médica o de salud conductual. Puede que acudas a urgencias y el médico te diga que en realidad no era una urgencia. Siempre que haya pensado razonablemente que su salud corría grave peligro, cubrimos su atención.

Después de que el médico diga que no era una urgencia, cubrimos su atención adicional solo si:

- Utiliza un proveedor de la red, o
- La atención adicional que recibe se considera “atención necesaria urgente” y sigue las normas para obtenerla. Consulte la sección siguiente.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

H2. Atención de necesidad urgente

La atención de necesidad urgente es la que se recibe por una situación que no es una emergencia, pero requiere atención inmediata. Por ejemplo, puede sufrir una reagudización de un trastorno existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención de necesidad urgente en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, solo cubrimos la atención de necesidad urgente si:

- Usted recibe esta atención de un proveedor de la red, **y**
- Sigue las normas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, teniendo en cuenta la hora, el lugar o las circunstancias, cubrimos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede recibir atención de urgencia en centros de atención urgente/aguda. (A veces se les llama *clínicas del mismo día*).

- Los centros de atención de urgencias/agudos de la red de nuestro plan aparecen en la Búsqueda de proveedores y en el *Directorio de proveedores y farmacias*. La búsqueda de proveedores y el directorio pueden consultarse en nuestro sitio web www.mnscha.org.

También puede llamar a la línea de atención de enfermería 24 horas al número gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Están disponibles 7 días a la semana, 24 horas al día, para ayudarle a decidir qué tipo de cuidados necesita.

Atención de necesidad urgente fuera del área de servicio de nuestro plan

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

Nuestro plan no cubre la atención de necesidad urgente ni cualquier otra atención que reciba fuera de Estados Unidos y sus territorios.

H3. Atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de catástrofe o emergencia en su zona geográfica, 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 catástrofe declarada:

www.mnscha.org > Programs (programas) > Medicare Programs (programas de Medicare) > AbilityCare > Getting Care During a Disaster (cómo obtener atención durante una catástrofe).

Durante una catástrofe declarada, si no puede acudir a un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5** de su *Manual para miembros*.

I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubre nuestro plan

No permitimos que los proveedores de SeniorCare Complete le facturen estos servicios. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, debe pedirnos que paguemos la factura.

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que el plan no pueda devolvérselo.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Si ha pagado por los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **capítulo 7, sección B**, de este *Manual para miembros* para saber qué hacer.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen médicamente necesarios,
- que figuran en el Cuadro de beneficios de nuestro plan (consulte el **capítulo 4** de este *Manual para miembros*), y
- que se obtienen siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **deberá pagar el costo total**.

Si quiere saber si pagamos por algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si le decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el **capítulo 9, sección E**, de este *Manual para miembros* se explica qué debe hacer si desea que el plan cubra un servicio o artículo médico. También le indica cómo apelar la decisión de cobertura de nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta cierto límite. Si te pasas del límite, pagas el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame a Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites de beneficios y qué parte de sus beneficios ha utilizado.

J. Cobertura de los servicios médicos en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma que tienen los médicos de probar nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele pedir a voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar y usted manifiesta su interés, alguien que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le informa sobre el estudio y averigua si reúne los requisitos para participar en él. Puede participar en el estudio siempre que cumpla las condiciones exigidas. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras esté en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De este modo, nuestro plan seguirá cubriendo los servicios y la atención no relacionados con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** es necesario que nos lo comunique ni que obtenga nuestra aprobación o la de su clínica de atención primaria. **No** es necesario que los proveedores que lo atienden como parte del estudio sean proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de las que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Entre ellos se incluyen determinados beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCD-CED) y estudios de ensayos de dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Lo animamos a que nos lo comunique antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si tiene previsto participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para miembros por Original Medicare, le recomendamos a usted o a su coordinador de atención que se comuniquen con Servicios para Miembros para informarnos de que va a participar en un ensayo clínico.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se presenta como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los gastos corrientes asociados a su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cubiertos la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- habitación y comida para una estadía hospitalaria que Medicare pagaría, aunque no estuviera en un estudio.
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- tratamiento de los posibles efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Si forma parte de un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted pagará los costos de su participación en el estudio.

J3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare y los estudios de investigación clínica” en el sitio web de Medicare <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf>. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

K. Cómo se cubren sus servicios médicos en una institución religiosa no médica para servicios de salud

K1. Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un lugar que proporciona los cuidados que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos la atención en una institución religiosa no médica para servicios de salud.

Este beneficio solo se aplica a los servicios de hospitalización de Medicare Parte A (servicios de atención no médica para la salud).

K2. Atención en una institución religiosa no médica para servicios de salud

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

- Por tratamiento médico “no exceptuado” se entiende toda atención **voluntaria y no exigida** por ninguna ley federal, estatal o local.
- Por tratamiento médico “exceptuado” se entiende cualquier atención que **no sea voluntaria y que sea obligatoria** en virtud de la ley federal, estatal o local.

Para estar cubiertos por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que preste la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se prestan en un centro:
 - » Debe padecer una enfermedad que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria o en un centro de enfermería especializada.
 - » Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o su estadía **no** estará cubierta.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Se aplican los límites de cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados (consulte el Cuadro de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*).

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

Los equipos médicos duraderos incluyen determinados artículos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, tales como, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre será propietario de ciertos objetos, como las prótesis.

En esta sección hablaremos de los DME de alquiler. Como miembro de nuestro plan, por lo general **no** será propietario del equipo médico duradero, independientemente del tiempo que lo alquile.

En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios para Miembros para informarse sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar.

Aunque haya tenido un equipo médico duradero durante 12 meses seguidos con Medicare antes de inscribirse a nuestro plan, **no** será el propietario del equipo.

L2. Titularidad del DME si cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipos médicos duraderos son propietarias de estos luego de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que los beneficiarios deben alquilar determinados tipos de equipos médicos duraderos antes de que puedan adquirirlos.

Nota: Encontrará las definiciones de Original Medicare y Planes MA en el **capítulo 12**. También puede encontrar más información sobre ellos en el *manual Medicare y Usted 2025*. Si no tiene un ejemplar de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Tendrá que efectuar 13 pagos seguidos con Original Medicare, o tendrá que efectuar el número de pagos seguidos establecido por el plan MA, para ser propietario del artículo DME si:

- usted no se convirtió en el propietario del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- abandona nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o un plan MA.

Si realizó pagos por el artículo de DME bajo Original Medicare o un plan MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o plan MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Tendrá que efectuar 13 pagos nuevos seguidos en Original Medicare o un número de pagos nuevos seguidos establecido por el plan MA para ser propietario del artículo de DME.
- No hay excepciones cuando vuelve a Original Medicare o a un plan MA.

L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si reúne los requisitos para recibir un equipo de oxígeno cubierto por Medicare y está inscripto a nuestro plan, cubrimos lo siguiente:

- alquiler de equipos de oxígeno
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando deje de ser médicamente necesario para usted o si abandona nuestro plan.

L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a otro plan de Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y pasa a Original Medicare**, lo alquilará a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios enumerados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de haberlo alquilado durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionarle lo siguiente:

- equipos, suministros y servicios de oxígeno durante otros 24 meses
- equipos y suministros de oxígeno durante un máximo de 5 años si son médicamente necesarios

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

- su proveedor ya no tiene por qué proporcionárselo, y usted puede optar por obtener equipos de reemplazo de cualquier proveedor
- comienza un nuevo periodo de 5 años
- alquila a un proveedor durante 36 meses
- su proveedor le proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- se inicia un nuevo ciclo cada 5 años mientras el equipo de oxígeno sea médicamente necesario

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



ESTA PÁGINA QUEDA
INTENCIONALMENTE
EN BLANCO



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y sobre las restricciones o límites de dichos servicios. También le informa sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

- A. Sus servicios cubiertos.....38**
 - A1. Durante emergencias de salud pública 38
- B. Normas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores.....38**
- C. Sobre el cuadro de beneficios de nuestro plan.....38**
 - C1. Programa de Beneficiarios Restringidos 39
- D. Sobre el cuadro de beneficios de nuestro plan.....40**
- E. Prestaciones cubiertas fuera de nuestro plan.....75**
 - E1. Centro de cuidados terminales 75
 - E2. Otros servicios 75
- F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medical Assistance76**



A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le indica qué servicios cubre nuestro plan. También puede informarse sobre los servicios que no están cubiertos. Encontrará información sobre los beneficios de medicamentos en el **capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

Como recibe asistencia de Medical Assistance, no paga nada por los servicios cubiertos siempre que siga las normas de nuestro plan. Consulte el **capítulo 3, sección B**, de este *Manual para miembros* para obtener información detallada sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al final de esta página.

A1. Durante emergencias de salud pública

Nuestro plan implementa todas las modificaciones de cobertura y flexibilidades permitidas realizadas durante una declaración de emergencia de salud pública (por ejemplo, la pandemia por COVID-19) según lo indicado por el Departamento de Servicios Humanos de MN y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, a menos que se indique expresamente lo contrario. Los miembros pueden consultar los sitios web dhs.state.mn.us o [CMS.gov](https://cms.gov) para obtener detalles sobre todas las declaraciones COVID-19 u otras declaraciones de emergencia de salud pública.

En nuestro sitio web www.mnscha.org encontrará una lista detallada de las modificaciones de cobertura específicas de nuestro plan. Las modificaciones de nuestro plan se mantendrán mientras dure la emergencia de salud pública, a menos que se exprese lo contrario. También puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

B. Normas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores

No permitimos que nuestros proveedores le facturen servicios dentro de la red. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si la recibe, consulte el **capítulo 7, sección A**, de este *Manual para miembros* o llame a Servicios para Miembros.

C. Sobre el cuadro de beneficios de nuestro plan

El cuadro de beneficios le indica qué servicios paga nuestro plan. Enumera los servicios cubiertos por orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios que figuran en el Cuadro de beneficios cuando se cumplen las siguientes normas. Usted **no** paga nada por los servicios que figuran en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

- Prestamos los servicios cubiertos por Medicare y Medical Assistance de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y Medical Assistance.
- Los servicios (incluidos atención médica, servicios de salud conductual y consumo de sustancias, suministros, servicios, servicios y apoyo a largo plazo, equipos y medicamentos) deben ser “medicamento necesarios”. Medicamento necesario se refiere a los servicios, los suministros o los medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que vaya al hospital o a un centro de enfermería. También se refiere a los servicios, los suministros o los medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- La atención médicamente necesaria es apropiada para su afección. Esto incluye la atención relacionada con afecciones físicas y la salud conductual (lo que incluye la Salud Mental y los Trastornos por Consumo de Sustancias). También comprende el tipo y el nivel de servicios. Incluye la cantidad de tratamientos. También incluye el lugar donde recibe los servicios y el tiempo que continuarán. Los servicios médicamente necesarios deben cumplir con los siguientes requisitos:



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

- Son servicios, suministros y medicamentos recetados que otros proveedores pedirían habitualmente.
- Lo ayudarán a mejorar o a mantener su nivel de bienestar.
- Lo ayudarán a evitar que su afección empeore.
- Lo ayudarán a prevenir y encontrar problemas de salud.
- Para los nuevos miembros, el plan debe proporcionar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan Medicare Advantage no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento activo, aunque el tratamiento se haya iniciado con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de atención de urgencia o de una emergencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. En el **capítulo 3, sección D**, de este *Manual para miembros* encontrará más información sobre la utilización de proveedores de la red y fuera de la red.
- Si usted escoge un proveedor que ya no se encuentra en nuestra red de plan, debe elegir otro proveedor de la red de plan. Es posible que pueda continuar recibiendo los servicios de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red del plan por un máximo de 120 días por los siguientes motivos:
 - Una afección aguda.
 - Una enfermedad física o mental potencialmente mortal.
 - Una discapacidad física o mental definida como una incapacidad para realizar una o más actividades importantes de la vida. Esto aplica a las discapacidades que duraron o se espera que duren, al menos, un año, o que posiblemente causen la muerte.
 - Una afección discapacitante o crónica que esté en fase aguda.
 - Si su proveedor de atención médica calificado certifica que usted tiene una esperanza de vida de 180 días o menos, es posible que, durante el resto de su vida, pueda continuar recibiendo los servicios de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red.
- Cubrimos algunos servicios que figuran en el Cuadro de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). En el Cuadro de beneficios, los servicios cubiertos que necesitan PA están marcados con un asterisco (*). Si aprobamos una solicitud de PA para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea razonable y médicamente necesaria para evitar interrupciones en la atención según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.

C1. Programa de Beneficiarios Restringidos

- El Programa de Beneficiarios Restringidos es para los miembros que hayan usado los servicios de salud de forma indebida. Esto incluye recibir servicios de salud que no necesitaban, usarlos de maneras que cuesten más de lo que deberían o usarlos de formas que podrían ser peligrosas para la salud del miembro. SeniorCare Complete notificará a los miembros si son incluidos en el Programa de Beneficiarios Restringidos.
- Si usted es parte del Programa de Beneficiarios Restringidos, debe recibir servicios de salud de un único proveedor de atención primaria designado, una única clínica, un único hospital donde trabaje el proveedor de atención médica primaria y una única farmacia. SeniorCare Complete puede designar a otros proveedores de atención médica. También se le puede asignar una agencia de atención médica en el hogar. No podrá recibir la asistencia con el cuidado personal, las opciones de uso flexible ni los

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



servicios dirigidos al consumidor. No podrá utilizar el modelo presupuestario de los Primeros Servicios y Ayudas Comunitarios (CFSS).

- Estará restringido a los proveedores de atención médica designados durante, al menos, 24 meses de elegibilidad para los Programas de Atención Médica de Minnesota (MHCP). Todas las referencias a especialistas deben provenir de su proveedor de atención primaria y deben recibirse en el Programa de Beneficiarios Restringidos de SeniorCare Complete. Los beneficiarios restringidos no podrán pagar de su bolsillo para ver a un proveedor no designado que sea el mismo tipo de proveedor que el designado.
- Permanecerá en este programa si cambia de plan de salud. También permanecerá en este programa si cambia al MHCP con cargo por servicio. No perderá la elegibilidad al MHCP por estar en el programa.
- Cuando finalicen los 24 meses, se revisará su uso de los servicios de atención médica. Si siguió usando los servicios médicos de forma indebida, permanecerá en el programa durante 36 meses más de elegibilidad.
- Tiene derecho a apelar la colocación en el Programa de Beneficiarios Restringidos. Debe presentar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha que figura en nuestra notificación. Debe apelar dentro de los 30 días para evitar que la restricción se implemente durante la apelación. Puede solicitar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial ante el estado) después de recibir nuestra decisión de aplicar la restricción. Para más información sobre su derecho a apelar, consulte el **capítulo 9**.
- El programa de beneficiarios restringidos no se aplica a los servicios cubiertos por Medicare. Si utiliza medicamentos opiáceos que recibe de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso es adecuado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si decidimos que su consumo de opiáceos o benzodiacepinas no es seguro, podemos limitar la forma en la que obtiene esos medicamentos. Consulte el **capítulo 5, sección G3**, para obtener más información.

D. Cuadro de beneficios de nuestro plan

Servicios que paga nuestro plan	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
 Detección de aneurismas aórticos abdominales Pagamos una prueba de detección única a las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si usted presenta determinados factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermero o especialista en enfermería clínica lo remite. Podemos cubrir exámenes adicionales si son médicamente necesarios.		\$0
Acupuntura Los servicios de acupuntura se cubren cuando son ofrecidos por un acupunturista certificado o por otro profesional certificado de Minnesota que se haya capacitado en acupuntura y tenga las credenciales correspondientes. Pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si padece lumbalgia crónica, definida como: ▪ de 12 semanas o más de duración; ▪ no específica (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como no asociada a una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); ▪ no asociada a cirugía; y ▪ no asociada al embarazo.	<i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan		* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	Acupuntura (continuación) Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para la lumbalgia crónica si muestra mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura al año para la lumbalgia crónica. Los tratamientos de acupuntura deben interrumpirse si no mejora o si empeora. Además, pagaremos hasta 20 unidades de servicios de acupuntura por año calendario sin autorización o pida autorización previa si necesita unidades adicionales por las siguientes razones: ▪ dolor agudo y crónico ▪ depresión ▪ ansiedad ▪ esquizofrenia ▪ síndrome de estrés postraumático ▪ insomnio ▪ asesoramiento para dejar de fumar ▪ síndrome de las piernas inquietas ▪ trastornos menstruales ▪ xerostomía (sequedad de la boca) asociada con lo siguiente: » síndrome de Sjögren » radioterapia ▪ náuseas y vómitos asociados con lo siguiente: » procedimientos postoperatorios » embarazo » tratamientos contra el cáncer		\$0
	Detección del consumo abusivo de alcohol y asesoramiento Pagamos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero no son dependientes. Esto incluye a las mujeres embarazadas Si da positivo en un control de consumo abusivo de alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial al año (si puede y está alerta durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (PCP) o profesional calificado en un centro de atención primaria. Consulte la sección “Servicios ambulatorios por consumo de sustancias” de este cuadro para conocer los beneficios cubiertos adicionales.		\$0



Servicios que paga nuestro plan <i>* indica que puede necesitar una autorización previa</i>		Lo que usted debe pagar
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de urgencia o no, incluyen los servicios por tierra o aire (avión y helicóptero), y los servicios de ambulancia. La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda atenderlo. Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en peligro su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (no urgentes) deben ser aprobados por nosotros. En los casos que no sean urgencias, podemos pagar una ambulancia. Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en peligro su salud o su vida.	\$0
	Visita anual de bienestar Puedes hacerte una revisión anual. Se trata de elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses siguientes a su visita de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de Bienvenida a Medicare para recibir visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	\$0
	Medición de la masa ósea Pagamos determinados procedimientos a los miembros que cumplen los requisitos (normalmente, alguien con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o averiguan la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o más a menudo si son médicamente necesarios. También pagamos para que un médico mire y comente los resultados.	\$0
	Cribado del cáncer de mama (mamografías) Pagamos por los siguientes servicios: - Una mamografía de cribado cada 12 meses - Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	\$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir determinadas condiciones y tener una orden médica. También cubrimos los programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardíacas) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su médico puede: ▪ discutir el uso de la aspirina; ▪ controlar su tensión arterial; o ▪ darle consejos para asegurar que coma bien.	\$0
 Pruebas de enfermedades cardiovasculares (corazón) Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también comprueban si existen defectos debidos a un alto riesgo de cardiopatía.	\$0
Coordinador de atención Nuestro plan paga los servicios de coordinación de atención, incluidos los siguientes: ▪ Ayudarlo a organizar, obtener y coordinar evaluaciones, pruebas y ayudas y servicios médicos y de atención a largo plazo ▪ Trabajar con usted para elaborar y actualizar su plan de atención ▪ Apoyarlo y comunicarse con diversos organismos y personas ▪ Coordinación de otros servicios, tal como se indica en su plan de atención	\$0
 Prueba de detección de cáncer cervicouterino Pagamos por los siguientes servicios: ▪ para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses ▪ para mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	\$0
Servicios quiroprácticos Pagamos por los siguientes servicios: ▪ ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación ▪ una evaluación o examen por año calendario ▪ manipulación manual (ajuste) de la columna vertebral para tratar la subluxación de la columna vertebral hasta 24 visitas por año calendario, limitado a seis por mes (es posible que los tratamientos que excedan los 24 por año calendario o los seis por mes requieran una autorización previa) ▪ radiografías, cuando sean necesarias para respaldar un diagnóstico de subluxación de la columna vertebral Nota: Nuestro plan no cubre otros ajustes, vitaminas, suministros médicos, terapias y equipos de un quiropráctico.	\$0

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Pagamos por los siguientes servicios: - La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presentan un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de cribado o un enema baritado previos. - Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presentan un riesgo elevado después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de cribado. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema baritado. - Pruebas de cribado de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. - ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. - Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. - Enema baritado como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema baritado de cribado o la última colonoscopia de cribado. - Enema baritado como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema baritado de cribado o sigmoidoscopia flexible de cribado. Las pruebas de cribado del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de cribado de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces y cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	\$0
Servicios dentales Algunos servicios dentales, como limpiezas, empastes y prótesis dentales, están disponibles a través del Programa Dental de Medical Assistance. Servicios cubiertos: Servicios de diagnóstico: - examen exhaustivo (una vez cada cinco años) (no puede hacerse el mismo día que una evaluación periódica o limitada) - examen periódico (dos veces por año calendario) (no puede hacerse el mismo día que una evaluación limitada o exhaustiva) - exámenes limitados (centrados en un problema) (una vez por día) (no puede hacerse el mismo día que una evaluación periódica o exhaustiva, ni que la limpieza dental) - evaluación oral detallada (no puede hacerse el mismo día que el desbridamiento de boca completa) - evaluación periodontal (no puede hacerse el mismo día que el desbridamiento de boca completa) - teleodontología para servicios de diagnóstico <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios dentales (continuación) ▪ Servicios de diagnóstico por imágenes, limitados a lo siguiente: » radiografía interproximal (una por año calendario) » radiografía simple para el diagnóstico de problemas (cuatro por fecha de servicio) » panorámica (una cada cinco años y si es necesaria por motivos médicos; una vez cada dos años en situaciones limitadas; o con un procedimiento programado en un centro ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio [ASC] independiente) » radiografías de toda la boca (una vez cada dos años) Servicios preventivos: ▪ limpiezas dentales (hasta cuatro veces por año, si son necesarias por motivos médicos) ▪ barniz de flúor (una vez cada seis meses) (no puede hacerse el mismo día que un tratamiento de emergencia por dolor en los dientes) ▪ selladores (uno cada cinco años por molar permanente) ▪ tratamiento para caries (una vez por diente cada seis meses) ▪ instrucciones sobre la higiene oral (una vez por año) Servicios de restauración: ▪ empaste (limitado a una vez cada 90 días por diente) ▪ empaste calmante para el alivio del dolor (no puede hacerse el mismo día que un tratamiento de emergencia por dolor en los dientes) ▪ coronas individuales (deben ser de acero inoxidable prefabricado o de resina) (cubrimos una corona de porcelana creada en laboratorio por año calendario) Endodoncia (tratamiento de conducto) (se limita a una vez por diente de por vida) Cirugía oral* Ortodoncia* (solo cuando sean médicamente necesarios para afecciones muy limitadas) Periodoncia: ▪ eliminación importante de placa y sarro (desbridamiento de la boca completa) (una vez cada cinco años) (no puede hacerse el mismo día que el servicio de limpieza dental, el examen exhaustivo, la evaluación oral o el servicio de evaluación periodontal) ▪ raspado del sarro y alisado radicular* (no puede hacerse el mismo día que la limpieza dental ni que el desbridamiento de la boca completa) (una vez cada dos años en cada cuadrante) ◦ procedimientos de seguimiento (mantenimiento periodontal) (cada 91 días durante dos años) Prostodoncia: ▪ prótesis extraíbles (dentaduras completas y parciales) (una prótesis cada tres años por arco dental) <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



Servicios que paga nuestro plan	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
Servicios dentales (continuación) - ajustes, modificaciones, revestimientos, rebasado y reparaciones de las prótesis extraíbles (dentaduras completas y parciales) (las reparaciones de dientes rotos o faltantes se limitan a cinco dientes cada 180 días) - reemplazo de prótesis perdidas, robadas o dañadas que no puedan repararse en ciertas circunstancias* - reemplazo de prótesis parciales si la existente no puede modificarse para cubrir las necesidades dentales* - recubrimiento para acondicionamiento del tejido - ajustes de precisión y reparaciones Servicios dentales generales adicionales: - tratamiento de emergencia por dolor dental (uno por día) - anestesia general, sedación profunda - centro de cuidados prolongados/visita a domicilio en ciertos entornos institucionales, incluyendo: centros de enfermería, centro de enfermería especializada, hogares de cuidado residencial, Instituciones para Enfermedades Mentales (IMD), Centros de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades del Desarrollo (ICF/DD), centro de cuidados terminales, Opciones de Tratamiento Prolongado de Minnesota (METO) y camas adaptables (una cama de centro de enfermería en un hospital) (no se puede realizar el mismo día que el servicio de instrucción de higiene oral) - gestión de la conducta cuando sea necesario para garantizar que el servicio dental cubierto se brinde correctamente y de forma segura - medicamentos (solo cuando sean médicamente necesarios para afecciones muy limitadas) - óxido nitroso - ajustes orales de la mordida (limitados a una vez al día) - sedantes orales o por vía intravenosa Notas: Si elige recibir beneficios dentales de un Centro de Atención Calificado a Nivel Federal (FQHC) o en una clínica dental de gestión estatal, tendrá los mismos beneficios a los que accede con Medical Assistance. Si comienza a recibir servicios de ortodoncia, no requeriremos que complete el plan de tratamiento para pagar al proveedor por los servicios recibidos. Pagamos algunos servicios odontológicos cuando el servicio forma parte integrante del tratamiento específico de la enfermedad primaria del beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.		\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Detección de la depresión Pagamos una prueba de detección de la depresión al año. La detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y remisiones. Podemos cubrir exámenes adicionales si son médicamente necesarios.	\$0
 Detección de la diabetes Pagamos esta detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: ▪ presión arterial alta (hipertensión) ▪ antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) ▪ obesidad ▪ antecedentes de hiperglucemia (glucosa) Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede optar a un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente. Podemos cubrir exámenes adicionales si son médicamente necesarios.	\$0
 Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol diabético Pagamos los siguientes servicios a todas las personas que padecen diabetes (utilicen insulina o no): ▪ Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluidos los siguientes: » un medidor de glucosa en sangre » tiras reactivas de glucosa en sangre » dispositivos de lanceta y lancetas » soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores ▪ En el caso de las personas con diabetes que padezcan una enfermedad grave de pie diabético, el plan se hará cargo de los siguientes gastos: » un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas cada año natural; o bien » un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se suministran con dichos zapatos) ▪ En algunos casos, pagamos cursos de capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Para obtener la lista de marcas y fabricantes de productos para diabéticos que pagamos, comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web: www.mnscha.org .	\$0

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* Para obtener la definición de “Equipo médico duradero (DME)” consulte el capítulo 12 de este <i>Manual para miembros</i>. Cubrimos los siguientes puntos: ▪ sillas de ruedas ▪ muletas ▪ sistemas de colchones eléctricos ▪ suministros para diabéticos (para los suministros para diabéticos, consulte la sección “Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol diabético” de este cuadro de beneficios) ▪ camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar ▪ bombas y pértigas de infusión intravenosa (IV) ▪ dispositivos generadores de voz ▪ equipos y suministros para diabéticos ▪ nebulizadores ▪ andadores ▪ bastón estándar de mango curvo o cuádruple y suministros para recambio ▪ tracción cervical (sobre la puerta) ▪ estimulador óseo ▪ equipos de diálisis Cubrimos artículos adicionales, incluyendo: ▪ reparaciones de equipos médicos ▪ baterías para equipos médicos ▪ dispositivos de limpieza de las vías respiratorias ▪ suministros médicos que necesite para tratar su enfermedad, lesión o discapacidad ▪ productos para tratar la incontinencia ▪ productos nutricionales o enterales cuando se cumplan las condiciones específicas ▪ suministros de planificación familiar (para más información, consulte la sección “Servicios de planificación familiar” de este cuadro) ▪ dispositivos de comunicación aumentativa, incluidas las tabletas electrónicas ▪ dispositivos de detección de convulsiones Pueden estar cubiertos otros artículos. Pagamos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que suelen pagar Medicare y Medical Assistance. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante concreto, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted.	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan <i>* indica que puede necesitar una autorización previa</i>		Lo que usted debe pagar
Servicios de exención para personas mayores (Servicios Domiciliarios y Comunitarios)* - Servicios de acompañamiento de adultos: Atención no médica, supervisión y socialización - Servicios diurnos para adultos (ADS) y ADS Bath: Programa de actividades individualizado y autorizado para satisfacer las necesidades médicas y sociales evaluadas de un adulto mayor. Bath ADS es opcional. También incluye los servicios Familiares diurno para adultos (FADS). - Atención en hogar de acogida para adultos: Atención residencial y servicios de apoyo apropiados para adultos, con licencia, en un entorno familiar. - Gestión de casos: Gestión de sus servicios médicos y de atención a largo plazo entre distintos profesionales de la salud y servicios sociales. - Servicios de limpieza: Servicios domésticos pesados necesarios para mantener su hogar limpio y seguro. - Servicios de apoyo comunitario dirigidos al consumidor: Servicios que usted mismo diseña para satisfacer sus necesidades y gestionar dentro de un presupuesto establecido. - Vida personalizada /24 horas de vida personalizada: Conjunto de servicios individualizados (servicios relacionados con la salud y servicios de apoyo) prestados en un entorno calificado. - Adaptaciones de Accesibilidad Ambiental (EAA): Evaluación e instalación de modificaciones en el hogar y evaluación e instalación de modificaciones en el vehículo. - Plan estatal ampliado de servicios de atención médica en el hogar: Esto incluye los servicios de atención médica en el hogar y de enfermería que superen el límite de Medical Assistance. - Plan estatal ampliado de enfermería en el hogar: Esto incluye los servicios de atención de enfermería en el hogar que superen el límite de Medical Assistance. - Plan estatal ampliado de servicios de Asistencia para el Cuidado Personal (PCA) (Primeros Servicios y Ayudas Comunitarios [CFSS] reemplazará a los servicios de PCA en la evaluación anual del miembro a partir del 1 de octubre de 2024). Ayuda para cuidados personales y actividades diarias (ADL) por encima del límite de Medical Assistance. Los trabajadores de apoyo directo también pueden ayudar con las actividades instrumentales diarias (IALDs) cubiertas. - Servicios para familias y cuidadores: Capacitación y asesoramiento para cuidadores: - Comidas a domicilio: Una comida adecuada y nutricionalmente equilibrada entregada en su domicilio. - Servicios de tareas domésticas: Servicios que le ayudan a gestionar la limpieza general y las actividades domésticas. - Servicios individuales de apoyo a la vida comunitaria: Un servicio combinado que ofrece asistencia y apoyo para permanecer en su propio hogar, incluidos recordatorios, indicaciones, supervisión intermitente o asistencia física. - Atención de relevo: Servicio de corta duración cuando usted no puede cuidar de sí mismo y su cuidador no remunerado necesita ayuda. - Equipos y suministros especializados: Suministros y equipos que superen el límite o la cobertura de Medical Assistance o que no formen parte de otra cobertura de Medical Assistance pero que estén especificados en su plan de asistencia. Esto incluye el Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS). <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>		\$0

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Servicios que paga nuestro plan	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	Servicios de exención para personas mayores (Servicios Domiciliarios y Comunitarios)* (continuación) ▪ Servicios de transición: Elementos y apoyos necesarios para pasar de un entorno autorizado a una vivienda independiente o semiindependiente basada en la comunidad. ▪ Traslado (no médico): Le permite acceder a actividades y servicios en la comunidad. Para obtener estos servicios de la Exención para personas mayores (EW), debe someterse a una evaluación de MnCHOICES, antes denominada Consulta de atención a largo plazo (LTCC), y se debe determinar que está en el nivel de atención de hogar para ancianos. Puede pedir que le hagan esta evaluación en su casa, apartamento o centro donde viva. Su coordinador de atención de MSHO se reunirá con usted y su familia para hablar de sus necesidades de atención en un plazo de 20 días si llama para solicitar una visita. Su coordinador de atención de MSHO le dará información sobre los servicios de su comunidad, lo ayudará a encontrar servicios para permanecer en su casa o en la comunidad, y para salir de un hogar para ancianos u otro centro. Tiene derecho a que estén presentes amigos o familiares durante la visita. Puede designar a un representante que le ayude a tomar decisiones. Puedes decidir cuáles son sus necesidades y dónde quiere vivir. Puede solicitar los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Usted puede tomar las decisiones finales sobre su plan de servicios y ayuda. Puede elegir quién desea que le preste los servicios y apoyo de entre los proveedores disponibles en la red de nuestro plan. Después de la visita, su coordinador de atención de MSHO le enviará una carta en la que le recomendará los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Se le enviará una copia del servicio o plan de atención que haya ayudado a elaborar. Su coordinador de cuidados de MSHO lo ayudará a presentar una apelación si no está de acuerdo con los servicios propuestos o si le han informado de que no reúne los requisitos para recibirlos. Las personas que viven en las reservas de White Earth, Leech Lake, Red Lake, Mille Lacs o Fond du Lac, o cerca de ellas, pueden optar por obtener sus servicios de EW a través de la división tribal de salud o servicios humanos o a través de nuestro plan. Si tiene dudas, comuníquese con la nación tribal o con nuestro plan. Si usted está actualmente en el Acceso Comunitario para la Inclusión de Discapacitados (CADI), Atención Alternativa Comunitaria (CAC), Lesión Cerebral (BI), o la exención de Discapacidad del Desarrollo (DD), seguirá recibiendo los servicios cubiertos por estos programas de la misma manera que ahora. El administrador de casos de su condado seguirá autorizando estos servicios y coordinándolos con su coordinador de atención de MSHO. Si necesita servicios de planificación y coordinación de la transición para que lo ayuden a trasladarse a la comunidad, puede ser elegible para los servicios de Mudanza a casa Minnesota (MHM). Los servicios de MHM son independientes de los servicios de EW, pero usted debe ser elegible para EW.	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención de emergencia Por atención de urgencia se entienden los servicios que son: ▪ prestados por un proveedor formado para prestar servicios de urgencia; y ▪ necesarios para tratar una emergencia médica. Una urgencia médica es una afección que cursa con dolor intenso o lesiones graves. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento medio de salud y medicina podría esperar que resulte en: ▪ riesgo grave para su salud; ▪ daño grave a las funciones corporales; o ▪ disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Esta cobertura solo está disponible en Estados Unidos y sus territorios. NOTA*: Si recibe atención de urgencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria una vez estabilizada la urgencia, deberá regresar a un hospital de la red para que se siga pagando su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención hospitalaria solo si el plan aprueba su estadía.	\$0 Consulte NOTA* en la columna de beneficios
Servicios de Planificación Familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor de la red o de fuera de la red para determinados servicios de planificación familiar. Se trata de los llamados servicios de acceso abierto, es decir, cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. Pagamos por los siguientes servicios: ▪ examen de planificación familiar y tratamiento médico ▪ pruebas diagnósticas y de laboratorio para planificación familiar ▪ métodos de planificación familiar (DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches o anillos) ▪ suministros para la planificación familiar recetados (por ejemplo, condones, esponjas, espuma, láminas anticonceptivas, diafragma, capuchón cervical) ▪ asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados ▪ asesoramiento, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) ▪ asesoramiento y pruebas del VIH y el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH ▪ anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la intervención quirúrgica) ▪ asesoramiento genético También pagamos otros servicios de planificación familiar. No obstante, deberá remitirse a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios: ▪ tratamiento para afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada) ▪ tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH ▪ pruebas genéticas	\$0

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



	Servicios que paga nuestro plan <i>* indica que puede necesitar una autorización previa</i>	Lo que usted debe pagar
	Programas de educación para la salud y el bienestar Ofrecemos los siguientes programas de educación para la salud y el bienestar: ▪ Take Charge! Recompensas: Las recompensas de tarjeta de regalo están disponibles para recibir ciertas visitas de salud de atención preventiva como un examen dental, mamografía de detección, detección de cáncer colorrectal, y más. Visite nuestra página web o llame a Servicios para Miembros para obtener más información. ▪ Be Active! Programa de ejercicios: Los miembros pueden obtener hasta \$40 de descuento en la cuota mensual del gimnasio. ▪ Descuentos en educación comunitaria: South Country cubrirá hasta \$15 de la cuota de inscripción para la mayoría de las clases de educación comunitaria (hasta cinco clases por año). Llame a su programa local de educación comunitaria o a Servicios para Miembros para obtener más información. ▪ Mejora de atención crónica: Los miembros pueden recibir material educativo específico para cada enfermedad y ayuda para mantener su plan de atención para la insuficiencia cardíaca, el asma y la diabetes. ▪ Asistencia para dejar el tabaco: Los miembros pueden acceder a la ayuda y educación por teléfono y en línea sin costo alguno. Puede llamar a EX Program al 1-833-EXCOACH (1-833-392-6224), los usuarios de TTY deben llamar al 711. ▪ Línea de atención de enfermería disponible las 24 horas del día: Este útil servicio cuenta con enfermeras tituladas con experiencia que pueden responder a sus preguntas sobre salud. Pueden ayudarle a decidir qué hacer cuando esté enfermo o lesionado, y están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Comuníquese con el número de la línea de enfermería que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o, para más información, visite www.mnscha.org o llame a Servicios para Miembros. ▪ PERS (Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias): Los miembros actuales pueden recibir un Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias cuando no están cubiertos por otro beneficio, como los programas de exención. PERS es un sistema de alerta médica destinado a apoyar la vida independiente.	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan		* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
Servicios de Salud Mental* El plan pagará por los siguientes servicios: - Servicios de enfermería de práctica avanzada: servicios proporcionados por un profesional de enfermería, un enfermero anestesta, un enfermero obstétrico o un especialista en enfermería clínica. - Inmunoterapia por alergias y pruebas de alergias. - Hogar de salud conductual: coordinación de los servicios de salud física y conductual. - Cobertura de ensayo clínico: Atención de rutina con estas características: 1) brindada como parte del tratamiento del protocolo de un ensayo clínico; 2) es usual, habitual y apropiada para su afección; 3) en general, proporcionada fuera de un ensayo clínico. Esto incluye servicios y elementos necesarios para el tratamiento de los efectos y las complicaciones del tratamiento del protocolo. Consulte el capítulo 3, para obtener más información. - Coordinación de la atención con un agente de salud comunitario y servicios de educación para el paciente. - Servicios de técnicos en emergencias médicas de la comunidad (CMET). - visitas de alta posteriores a la hospitalización o a la estadía en un hogar para ancianos y convalecientes, solicitadas por su proveedor de atención primaria - visitas de evaluación de la seguridad solicitadas por su proveedor de atención primaria - Servicios de paramédico comunitario: ciertos servicios son proporcionados por un paramédico comunitario. Los servicios deben ser parte de un plan de atención de su proveedor de atención primaria. Los servicios pueden incluir: - evaluaciones de salud - control de enfermedades crónicas y educación - ayuda con medicamentos - inmunizaciones y vacunas - recolección de muestras para laboratorio - atención de seguimiento después de haber recibido tratamiento en un hospital - otros procedimientos médicos menores - Coordinación del Servicio de Extensión Comunitaria del Hospital (IRSC): coordinación de servicios que buscan reducir el uso de la sala de emergencias (ER) del hospital en ciertas circunstancias. Este servicio aborda las necesidades de salud, sociales y económicas, entre otras, para que los miembros reduzcan el uso de la ER y otros servicios de atención médica. - Servicios de un enfermero de salud pública certificado o un enfermero registrado que ejerza en una clínica de enfermería de salud pública de una unidad gubernamental. - Control a distancia (telemonitoreo): uso de equipos especiales para enviar datos médicos a los proveedores desde una ubicación remota, como el domicilio del miembro. Los proveedores utilizan el telemonitoreo para ayudar a gestionar la atención médica compleja sin necesidad de que el miembro esté en una clínica u hospital. - Gestión de la atención de la tuberculosis y observación directa de la ingesta de medicamentos.			\$0

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de audición Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertos como atención ambulatoria cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Cubrimos artículos y servicios adicionales, incluyendo: ▪ Baterías para aparatos auditivos* ▪ Reparación y reemplazo* de aparatos auditivos por desgaste normal, con límites	\$0
 Detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses a las personas que: ▪ solicitan una prueba de detección del VIH; o ▪ corren un mayor riesgo de infección por el VIH. En el caso de las mujeres embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo. Podemos cubrir beneficios adicionales.	\$0
Comidas a domicilio* Los miembros actuales pueden recibir hasta dos comidas a domicilio al día durante un máximo de 85 días. Las comidas deben solicitarse en los 7 días siguientes al alta hospitalaria del miembro, incluida la estadía en observación, la estadía en una cama móvil o en un centro de enfermería para rehabilitación especializada (excluida la cirugía ambulatoria). solo disponible para los miembros que no estén acogidos a una exención o cuyos servicios de exención hayan alcanzado su límite presupuestario. Hable con su coordinador asistencial para inscribirse.	\$0
Atención médica en el hogar Antes de que pueda recibir servicios médicos a domicilio, un médico debe indicarnos que los necesita y deben ser prestados por una agencia de servicios médicos a domicilio. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa supone un gran esfuerzo. Pagamos los siguientes servicios, y posiblemente otros que no figuran en esta lista: ▪ servicios de enfermería especializada y de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia médica a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) ▪ fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ servicios médicos sociales ▪ equipos y suministros médicos ▪ terapia respiratoria ▪ atención médica en el hogar (HCN) ▪ Servicios de Asistencia para el Cuidado Personal (PCA) y de supervisión de PCA (Primeros Servicios y Ayudas Comunitarios [CFSS] reemplaza a los servicios de PCA en la reevaluación anual de miembros a partir del 1 de octubre de 2024)	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de infusión a domicilio* Nuestro plan paga la terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran por vía intravenosa o se aplican bajo la piel y se suministran a domicilio. Para realizar la infusión a domicilio se necesita lo siguiente: ▪ el medicamento o la sustancia biológica, como un antivírico o una inmunoglobulina; ▪ equipos, como una bomba; y ▪ suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros: ▪ servicios profesionales, incluidos los de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención; ▪ capacitación y educación de los miembros que no estén ya incluidas en los beneficios de DME; ▪ vigilancia a distancia; y ▪ servicios de control para la prestación de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio.	\$0
Centro de cuidados terminales Tiene derecho a elegir un centro de cuidados terminales si su proveedor y el director médico del centro determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que padece una enfermedad terminal y se prevé que le queden seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados terminales certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidados terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan. Su médico de cuidados terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: ▪ medicamentos para tratar los síntomas y el dolor ▪ atención de relevo a corto plazo ▪ atención en el hogar Los servicios de cuidados terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare. ▪ Consulte la sección E de este capítulo para obtener más información. Para servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B: ▪ Nuestro plan cubre los servicios no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B. Cubrimos los servicios estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan: ▪ Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados terminales y por nuestro plan. Consulte el capítulo 5, sección F3, de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más información. Nota: Si necesita atención no terminal, debe llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para organizar los servicios. La atención no terminal es aquella que no está relacionada con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados terminales (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya optado por el beneficio de cuidados terminales.	\$0

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de estabilización de vivienda* Servicios de Estabilización de Vivienda ya no estarán disponibles a partir del 01/11/25, ya que ya no están cubiertos por el programa de Medical Assistance. El plan pagará por los siguientes servicios para los afiliados elegibles para los Servicios de Estabilización de Vivienda: ▪ servicios de asesoramiento sobre viviendas para desarrollar un plan centrado en la persona, dirigidos a quienes no acceden a los servicios de administración de casos de Medical Assistance ▪ servicios de transición de vivienda para ayudarle a planificar su vivienda, encontrarla y mudarse ▪ transición de vivienda - gastos por mudanza (limitados a \$3000 por año) » solo para personas que están saliendo de una institución financiada por Medical Assistance o de un entorno controlado por un proveedor y que se están mudando a su propio hogar » solicitudes, depósitos de seguridad y el costo de obtener la documentación necesaria para obtener un contrato de arrendamiento para un apartamento o una casa » equipo esencial para vivir y usar en la comunidad o el hogar, incluidos muebles, cobertores de ventanas, artículos para la preparación de alimentos y ropa de cama/baño » gastos de instalación para el acceso a servicios públicos, incluidos teléfono, electricidad, calefacción, y agua » servicios necesarios para la salud y seguridad del individuo tales como eliminación de plagas y una limpieza única antes de mudarse » adaptaciones necesarias para la accesibilidad del hogar ▪ servicios de mantenimiento de la vivienda, para ayudarle a mantener su vivienda ▪ traslado para recibir servicios de estabilización de vivienda (en un radio de 60 millas) Debe hacer una evaluación de elegibilidad para los Servicios de Estabilización de Vivienda y ser considerado elegible para estos servicios. Si necesita Servicios de Estabilización de la Vivienda, puede pedir una evaluación o recibir el apoyo de su proveedor o administrador de casos. Si tiene un administrador de casos específico o un administrador de casos de exención o coordinador de atención para personas mayores, ese administrador puede ayudarlo a acceder a los servicios, o también puede llamar directamente a un proveedor de Servicios de Estabilización de Vivienda para que lo ayude. El personal del Departamento de Servicios Humanos (DHS) usará los resultados de la evaluación para determinar si usted cumple con los criterios basados en las necesidades para recibir este servicio. El DHS le enviará una carta de aprobación o denegación para los Servicios de Estabilización de Vivienda. Si usted es aprobado para costos de mudanza, su proveedor debe enviarnos un recibo por cada gasto de mudanza. Trabaje con su proveedor sobre cómo acceder a este beneficio.	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Vacunas Pagamos por los siguientes servicios: ▪ vacunas contra la neumonía ▪ vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario ▪ vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B ▪ vacunas COVID-19 ▪ otras vacunas si está en riesgo y cumplen las normas de cobertura de Medicare Parte B Pagaremos por otras vacunas que cumplan las normas de cobertura de Medicare Parte D. Consulte el capítulo 6 de este <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.	\$0
Atención de internación en el hospital* Incluye internación aguda, de rehabilitación, de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención de internación en el hospital comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital por orden médica. El día anterior al alta es su último día de internación. Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no figuran en esta lista: ▪ habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) ▪ comidas, incluidas las dietas especiales ▪ servicios de enfermería habituales ▪ costos de las unidades de atención especial, como las unidades de cuidados intensivos o coronarios ▪ drogas y medicamentos ▪ análisis de laboratorio ▪ radiografías y otros servicios radiológicos ▪ material quirúrgico y médico necesario ▪ aparatos, como sillas de ruedas ▪ servicios de quirófano y sala de recuperación ▪ fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ servicios de internación para trastornos por consumo de sustancias ▪ En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Para los trasplantes de corazón se incluyen un dispositivo de asistencia ventricular que se inserta como puente o como tratamiento de terapia de destino <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención de internación en el hospital* (continuación) Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato a un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede obtener sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted decide recibir el trasplante allí, organizamos o pagamos los gastos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. ▪ sangre, incluidos el almacenamiento y la administración ▪ servicios médicos Nota: Para ser hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirle formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aunque pase la noche en el hospital, se le puede considerar “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Consulte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.	
Servicios de internación en un hospital psiquiátrico Pagamos los servicios de salud mental que requieren hospitalización, incluidas las hospitalizaciones psiquiátricas prolongadas.	\$0
Servicios de Interpretación Nuestro plan pagará por los siguientes servicios: ▪ servicios de interpretación de idiomas hablados ▪ servicios de interpretación de lengua de señas	\$0
Servicios y suministros para enfermedades renales Pagamos por los siguientes servicios: ▪ Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe padecer una enfermedad renal crónica en estadio IV y su médico debe remitirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. ▪ Tratamientos ambulatorios de diálisis, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el capítulo 3, sección B, de este <i>Manual para miembros</i>, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. ▪ Tratamientos de diálisis en internación si está ingresado en un hospital para recibir atención especial. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan <i>* indica que puede necesitar una autorización previa</i>	Lo que usted debe pagar
Servicios y suministros para enfermedades renales (<i>continuación</i>) - Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en casa - Equipos y material de diálisis a domicilio - Determinados servicios de apoyo domiciliario, como las visitas necesarias de personal de diálisis formado para controlar su diálisis domiciliaria, ayudarlo en caso de emergencia y comprobar su equipo de diálisis y el suministro de agua La prestación farmacéutica de Medicare Parte B paga algunos medicamentos para diálisis. Para más información, consulte la sección “Medicamentos con receta de Medicare Parte B” de este cuadro.	\$0
Detección del cáncer de pulmón Nuestro plan paga las pruebas de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: - tiene entre 50 y 77 años; - tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado; y - ha fumado al menos 1 paquete al 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. Después de la primera revisión, nuestro plan paga otra revisión cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.	\$0
Medicamentos recetados cubiertos por Medical Assistance En el marco de la Medical Assistance cubriremos algunos medicamentos que no están cubiertos por Medicare Parte B y Medicare Parte D. Entre ellos se incluyen algunos productos de venta sin receta, algunos medicamentos recetados para la tos y el resfriado y algunas vitaminas. El medicamento debe figurar en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario). Cubriremos un medicamento fuera del formulario si su médico demuestra lo siguiente: - el medicamento que normalmente está cubierto le ha causado una reacción perjudicial; o - hay un motivo para creer que el medicamento que normalmente está cubierto podría causar una reacción perjudicial; o - el medicamento prescrito por su médico es más eficaz para usted que el medicamento que normalmente está cubierto. El medicamento debe ser de una clase de medicamento cubierta. Si el personal de farmacia le informa que el medicamento no está cubierto y debe pagarlo, pídale que llamen a su médico. No podemos reembolsarle si paga por ello. Es posible que haya otro medicamento que funcione y que cubramos con el plan. Si la farmacia se niega a llamar a su médico, puede hacerlo usted. También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de esta página.	\$0 Debe obtener aprobación de nuestro plan para recibir atención en un hospital fuera de la red una vez estabilizada su emergencia.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Terapia médica nutricional Este beneficio está destinado a las personas con diabetes o insuficiencia renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico. Pagamos por tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. A partir de entonces, pagamos dos horas de asesoramiento individual al año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar la orden cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. Podemos cubrir beneficios adicionales si son médicamente necesarios.	\$0
 Programa Medicare de Prevención de la Diabetes (MDPP) Nuestro plan paga los servicios de MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarlo a aumentar la conducta saludable. Proporciona capacitación práctica en: ▪ cambio dietético a largo plazo; ▪ aumento de la actividad física; y ▪ formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0
Medicamentos recetados de Medicare Parte B* Estos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: ▪ medicamentos que no suele administrarse usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe atención médica, ambulatoria en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria ▪ insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) ▪ otros medicamentos que tome utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que nuestro plan haya autorizado ▪ el medicamento contra el Alzheimer, Leqembi (genérico lecanemab), administrado por vía intravenosa (IV) ▪ factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia ▪ trasplante/fármacos inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Medicare Parte D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre ▪ medicamentos inyectables contra la osteoporosis Pagamos estos medicamentos si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
Medicamentos recetados de Medicare Parte B* (continuación) - algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada - ciertos medicamentos anticancerígenos orales: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que aparezcan nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, lo hace la Parte D - medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas utilizados como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o si se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa - determinados medicamentos orales para la insuficiencia renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y la prestación para la ESRD de la Parte B lo cubre - medicamentos calcimiméticos en el marco del sistema de pago ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv, y el medicamento oral Sensipar - determinados medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y los anestésicos tópicos - agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una enfermedad renal terminal o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit® o Aranesp®) - inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de las inmunodeficiencias primarias - nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas bajo los beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Medicare Parte D. En el capítulo 5 de este <i>Manual para miembros</i> se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Se explican las normas que debe seguir para que le cubran las recetas. En el capítulo 6 de este <i>Manual para miembros</i> se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.		\$0



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de Salud Mental* Consulte las siguientes secciones para conocer los servicios de salud mental cubiertos: ▪ detección de la depresión ▪ servicios de internación en un hospital psiquiátrico ▪ servicios de salud mental ambulatorios ▪ servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos	\$0
Atención de centro de enfermería Somos responsables de pagar un total de 180 días de alojamiento y manutención en un hogar para ancianos. Esto incluye los cuidados de custodia. Si necesita cuidados continuados en un hogar de ancianos más allá de los 180 días, el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS) pagará directamente sus cuidados. Si el DHS está pagando actualmente sus cuidados en la residencia, el DHS, y no nuestro plan, seguirá pagando sus cuidados. Consulte la sección “Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)” de este cuadro para obtener más información sobre la cobertura adicional para hogar para ancianos que ofrece el plan. Un centro de enfermería (NF) es un lugar que proporciona atención a personas que no pueden recibirla en casa, pero que no necesitan estar en el hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: ▪ habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)* ▪ comidas, incluidas las dietas especiales ▪ servicios de enfermería ▪ fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ terapia respiratoria ▪ medicamentos que se 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 de la sangre) ▪ sangre, incluidos el almacenamiento y la administración ▪ suministros médicos y quirúrgicos que suelen dar los centros de enfermería ▪ pruebas de laboratorio que suelen realizar los centros de enfermería ▪ radiografías y otros servicios radiológicos prestados habitualmente por centros de enfermería ▪ uso de aparatos, como sillas de ruedas que suelen dar los centros de enfermería ▪ servicios médicos ▪ equipo médico duradero ▪ servicios odontológicos, incluidas las prótesis dentales ▪ beneficios de la vista ▪ exámenes auditivos ▪ atención quiropráctica ▪ servicios de podología <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención de centro de enfermería (continuación) Por lo general, usted recibe atención en los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los importes de pago de nuestro plan: ▪ Un centro de enfermería o una comunidad de jubilados con atención continua donde vivía justo antes de ingresar en el hospital (siempre que ofrezca cuidados de enfermería). ▪ Un centro de cuidados donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento de abandonar el hospital.	
 Detección de la obesidad y terapia para mantener el peso bajo Si tiene un índice de masa corporal igual o superior a 30, pagamos el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de atención primaria. De ese modo, puede gestionarse con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información. Podemos cubrir beneficios adicionales si son médicamente necesarios.	\$0
Servicios de obstetricia y ginecología (OB/GYN) Servicios Cubiertos: ▪ Atención prenatal, de parto y posparto ▪ Clases de parto ▪ Asesoramiento y detección de VIH en personas embarazadas – servicio de acceso abierto ▪ Tratamiento para personas embarazadas infectadas por el VIH ▪ Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) – servicio de acceso abierto ▪ Servicios relacionados con el embarazo brindados en conexión con un aborto (no incluye servicios relacionados con el aborto) ▪ Servicios de doula por una doula certificada ▪ Servicios brindados por un profesional de la salud con licencia en centros de parto con licencia, incluyendo los servicios de enfermeros certificados y parteras tradicionales con licencia Servicios no cubiertos: ▪ Aborto: Este servicio no está cubierto bajo el plan. Puede estar cubierto por el estado. Llame a Apoyo al Consumidor de Atención Médica de DHS (HCCS) al 651-297-3862 o 1-800-657-3672 o 711 (TTY), o use sus servicios de retransmisión de preferencia ▪ Partos planificados en el hogar Usted tiene “acceso directo” a proveedores Obstetras-Ginecólogos para los siguientes servicios: examen de salud preventivo anual, incluidos los exámenes de seguimiento que su proveedor de atención médica calificado considere necesarios; atención de maternidad; evaluación y tratamiento de afecciones o emergencias ginecológicas. Para acceder a los servicios de acceso directo, debe acudir a un proveedor de la red del Plan. En el caso de los servicios catalogados como de acceso abierto, puede acudir a cualquier proveedor de atención médica calificado, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar.	\$0

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios del programa de tratamiento de opiáceos (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opiáceos (OUD): ▪ actividades de admisión ▪ evaluaciones periódicas ▪ medicamentos aprobados por la FDA y, si aplica, gestionar y administrar estos medicamentos ▪ asesoramiento sobre el consumo de sustancias ▪ terapia individual y de grupo ▪ análisis para detectar la presencia de drogas o sustancias químicas en el organismo (análisis toxicológico)	\$0
Pruebas diagnósticas ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no figuran en esta lista: ▪ rayos X ▪ radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos ▪ material quirúrgico, como apósitos ▪ férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones ▪ análisis de laboratorio ▪ sangre, incluidos el almacenamiento y la administración ▪ otras pruebas diagnósticas ambulatorias	\$0
Servicios ambulatorios en el hospital* Pagamos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de consultas externas de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como: ▪ servicios de un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como cirugía ambulatoria o servicios de observación » los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser ingresado en el hospital como “paciente hospitalizado” » a veces se puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo “ambulatorio” » Puede obtener más información sobre ser paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. ▪ laboratorios y pruebas diagnósticas facturadas por el hospital ▪ atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario un tratamiento hospitalario sin ella ▪ radiografías y otros servicios radiológicos facturadas por el hospital ▪ material médico, como férulas y yesos ▪ pruebas y servicios preventivos enumerados en el Cuadro de beneficios ▪ algunos medicamentos que no puede administrarse a sí mismo	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de salud mental ambulatorios* Pagamos los servicios de salud mental prestados por: ▪ un psiquiatra o médico con licencia estatal ▪ un psicólogo clínico ▪ un trabajador social clínico ▪ un especialista en enfermería clínica ▪ un consejero profesional licenciado (LPC) ▪ un terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT) ▪ un profesional de enfermería (NP) ▪ un asistente médico (PA) ▪ un profesional certificado por las Naciones Tribales ▪ profesional de la rehabilitación en salud mental ▪ cualquier otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permita la legislación estatal aplicable El plan pagará por los siguientes servicios, y posiblemente otros que no figuran en esta lista: ▪ Clínica de salud conductual comunitaria certificada (CCBHC) ▪ Consulta de atención clínica ▪ Servicios de respuesta a las crisis, que incluyen detección, evaluación, intervención, estabilización (incluida la estabilización residencial) e intervención comunitaria ▪ Evaluaciones diagnósticas, que incluyen las evaluaciones para detección de enfermedades mentales simultáneas y trastornos por consumo de sustancias ▪ Programa ambulatorio intensivo de terapia conductual dialéctica (DBT IOP)* ▪ Tiempo de traslado del proveedor de salud mental ▪ Gestión de casos específicos de salud mental (MH-TCM) ▪ Tratamiento comunitario asertivo forense (FACT) ▪ Servicios ambulatorios de salud mental, incluida la explicación de los resultados, gestión de la medicación de salud mental, servicios neuropsicológicos, psicoterapia (paciente o familia, familia, crisis y grupo) y pruebas psicológicas ▪ Servicios médicos de salud mental, incluida la evaluación/intervención de salud y conductual, las visitas hospitalarias, las consultas psiquiátricas a proveedores de atención primaria y la consulta, evaluación y gestión médicas ▪ Servicios de rehabilitación de salud mental, incluidos Tratamiento comunitario asertivo (ACT), tratamiento diurno para adultos, Servicios de rehabilitación de salud mental para adultos (ARMHS), Servicios de respaldo de especialistas de apoyo entre pares certificados (CPS) en situaciones limitadas, Servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)*, y Programa de Hospitalización Parcial (PHP)* ▪ Telemedicina <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de salud mental ambulatorios* (continuación) Si decidimos que no es necesario un tratamiento de salud mental estructurado, puede buscar una segunda opinión. Para la segunda opinión, debemos permitirle que acuda a cualquier profesional de la salud calificado que no forme parte de la red del plan. Pagaremos esta consulta. Debemos considerar la segunda opinión, pero tenemos derecho a no estar de acuerdo con la segunda opinión. Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión. No determinaremos la necesidad médica para los servicios de salud mental por orden judicial. Acuda a un proveedor de la red del plan para la evaluación de salud mental por orden judicial. Los siguientes servicios no están cubiertos por el plan, pero es posible que estén disponibles por medio de su condado. Llame a su condado para solicitar más información. ▪ Tratamiento en centros definidos según la Regla 36 que no tienen licencia para servicios de Tratamiento Residencial Intensivo (IRTS) ▪ Alojamiento y comida asociados con los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS) ▪ Tratamiento y servicios de alojamiento y comida en algunos centros de tratamiento de salud mental residenciales para niños en estados limítrofes	\$0
Servicios de rehabilitación ambulatoria Pagamos por fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación ambulatoria en los departamentos ambulatorios de los hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) y otros centros.	\$0
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias servicios Pagamos los siguientes servicios, y posiblemente otros que no figuran en esta lista: ▪ detección y consejería por abuso de alcohol que incluye servicios autorizados de detección, intervención breve y remisión para tratamiento (SBIRT), y evaluaciones exhaustivas ▪ tratamiento del abuso del alcohol ▪ asesoramiento individual o en grupo por un clínico calificado ▪ desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones ▪ servicios de alcohol o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo ▪ tratamiento con Naltrexona de liberación prolongada (Vivitrol) ▪ tratamiento ambulatorio asistido con medicamentos ▪ tratamiento para trastornos por consumo de sustancias ▪ apoyo para la recuperación ▪ desintoxicación (solo cuando la hospitalización es médicamente necesaria por las condiciones resultantes de una lesión o por complicaciones médicas durante la desintoxicación) ▪ manejo de la abstinencia <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias (continuación) Un profesional calificado que forme parte de la red del Plan le recomendará servicios para trastornos por consumo de sustancias. Puede elegir hasta el nivel más alto de atención recomendado por el profesional calificado. Si no está de acuerdo con los servicios recomendados, puede recibir una evaluación adicional en cualquier momento de su tratamiento. Si está de acuerdo con la segunda evaluación, puede acceder a los servicios de acuerdo con los estándares del trastorno por consumo de sustancias y la segunda evaluación. Tiene derecho a apelar. Consulte el capítulo 9 de este <i>Manual para miembros</i>.	\$0
Cirugía ambulatoria* Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.	\$0
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos* La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio hospitalario o en un centro comunitario de salud mental. Es más intensa que la atención que recibe en la consulta de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT) o consejero profesional licenciado. Puede evitar que tengas que permanecer en el hospital. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Nota: Dado que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como servicio hospitalario ambulatorio.	\$0
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico Pagamos por los siguientes servicios: ▪ servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios prestados en lugares como: » consultorio médico » centro quirúrgico ambulatorio certificado » departamento hospitalario ambulatorio ▪ consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista ▪ exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria o especialista, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico (<i>continuación</i>) - algunos servicios de telemedicina, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por un médico o profesional, para miembros de determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare - servicios de telemedicina para las visitas mensuales relacionadas con insuficiencia renal en fase terminal (ESRD) para los miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o a domicilio - servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral - servicios de telemedicina para miembros con trastornos por consumo de sustancias o trastornos concurrentes de salud mental - Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: » tiene una visita en persona en los 6 meses anteriores a su primera visita de telemedicina » tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina » pueden hacerse excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias - servicios de telemedicina para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rural y Centro de Atención Calificado a Nivel Federal - Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su proveedor durante 5-10 minutos si: » usted no es un paciente nuevo; » el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y » el control no da lugar a una visita al consultorio en 24 horas o a la cita más próxima disponible - Evaluación del vídeo o las imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por su médico en un plazo de 24 horas si: » usted no es un paciente nuevo; » el control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y » el control no da lugar a una visita al consultorio en 24 horas o a la cita más próxima disponible - las consultas que su médico mantiene con otros médicos por teléfono, Internet o la historia clínica electrónica si usted no es un paciente nuevo - segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la intervención quirúrgica - cuidados dentales no rutinarios Los servicios cubiertos se limitan a: » cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas » fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales » extracción de dientes antes de los tratamientos de radioterapia del cáncer neoplásico » servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico Si desea información sobre otros servicios dentales que cubrimos, consulte la sección “Servicios dentales” de este cuadro. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan <i>* indica que puede necesitar una autorización previa</i>	Lo que usted debe pagar
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) - Exámenes preventivos y físicos - Servicios de Planificación Familiar Para obtener más información, consulte “Planificación familiar” de este cuadro. - Servicios fuera de la red relacionados al diagnóstico, monitoreo, y tratamiento de una enfermedad o afección rara	\$0
Servicios de podología Pagamos por los siguientes servicios: - diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espón calcáneo) - cuidados rutinarios de los pies cuando sean médicamente necesarios, incluyendo enfermedades que afecten a las piernas, como la diabetes - otros cuidados no rutinarios de los pies tales como desbridamiento de las uñas de los pies, callos infectados y durezas	\$0
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Pagamos por los siguientes servicios una vez cada 12 meses: - un examen rectal digital - una prueba del antígeno prostático específico (PSA)	\$0
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados* Las prótesis sustituyen total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Entre ellas se incluyen: - pruebas, adaptación o capacitación en el uso de prótesis y órtesis - bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía - marcapasos - dispositivos ortopédicos - zapatos prostéticos - brazos y piernas artificiales - prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico tras una mastectomía) - pelucas para personas con pérdida de cabello debido a una enfermedad - algunos zapatos, cuando se hacen a medida o son parte de un dispositivo ortopédico para la pierna Pagamos por suministros relacionados a dispositivos protésicos y ortésicos. También pagamos la reparación o sustitución de prótesis y aparatos ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura tras la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Para más información, consulte la sección “Cuidados de la vista”.	\$0

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.	\$0
 Detección y asesoramiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Las pruebas deben ser solicitadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo. También pagamos hasta dos sesiones presenciales anuales de asesoramiento conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo solo si las imparte un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben tener lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	\$0
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) Si desea más información sobre los servicios de enfermería a domicilio que cubrimos, consulte la sección “Atención en un centro de enfermería”. Pagamos los siguientes servicios, y posiblemente otros que no figuran en esta lista: ▪ habitación semiprivada o privada* si es médicamente necesario ▪ comidas, incluidas las dietas especiales ▪ servicios de enfermería ▪ fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre ▪ sangre, incluidos el almacenamiento y la administración ▪ suministros médicos y quirúrgicos prestados por los centros de enfermería ▪ pruebas de laboratorio realizadas por los centros de enfermería ▪ radiografías y otros servicios radiológicos prestados por centros de enfermería ▪ uso de aparatos, como sillas de ruedas que suelen dar los centros de enfermería ▪ servicios médicos Por lo general, usted recibe atención en los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los importes de pago de nuestro plan: ▪ Un centro de enfermería o una comunidad de jubilados con atención continua donde vivió antes de ingresar en el hospital (siempre que ofrezca cuidados de enfermería). ▪ Un centro de cuidados donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento de abandonar el hospital. No exigimos una estadía hospitalaria de 3 días antes de ingresar en un centro de enfermería especializada.	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan <i>* indica que puede necesitar una autorización previa</i>	Lo que usted debe pagar
 Servicio para dejar de fumar y de consumir tabaco Si consume tabaco y desea o necesita dejarlo, nuestro plan le ofrece un servicio preventivo gratuito para dejar de fumar. Puede incluir asesoramiento presencial, medicamentos para dejar de fumar y otros servicios si son médicamente necesarios. Ofrecemos el Programa EX que proporciona un plan personalizado para dejar de fumar con apoyo por chat, medicamentos para dejar de fumar, asesoramiento de expertos y una comunidad de otros consumidores de tabaco para ayudarlo.	\$0
Terapia de ejercicio supervisado (SET) Pagamos la SET a los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que tengan una remisión para PAD del médico responsable para su tratamiento. Nuestro plan paga: ▪ hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos SET ▪ 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario El programa SET debe ser: ▪ sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de ejercicios terapéuticos para la PAD en miembros con calambres en las piernas debidos a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) ▪ en régimen ambulatorio en un hospital o en un consultorio médico ▪ realizados por personal calificado que se asegure de que los beneficios superen los riesgos y que esté formado en el tratamiento con ejercicios de la PAD ▪ bajo la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica con formación en técnicas de soporte vital básico y avanzado	\$0



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Traslados Si necesita traslados para ir y volver de los servicios médicos que cubrimos, llame a Servicios para Miembros, al número que aparece al final de la página. Le brindaremos la forma más apropiada y económica de traslado. Nuestro plan no está obligado a brindarle traslado hasta su clínica de atención primaria si esta se encuentra a más de 30 millas de su hogar o si usted elige a un proveedor de especialidad que se encuentra a más de 60 millas de su hogar. Llame a Servicios para Miembros si no tiene una clínica de atención primaria que esté disponible en un radio de 30 millas de su hogar o si no tiene un proveedor de especialidad que esté disponible en un radio de 60 millas de su hogar. ▪ Ambulancia no urgente ▪ Traslado con conductor voluntario ▪ Traslado sin asistencia (taxi o transporte público) ▪ Transporte asistido* (debe estar certificado para utilizarlo) ▪ Transporte con elevador/rampa* (debe estar certificado para su uso) ▪ Transporte protegido* (debe estar certificado para utilizarlo) ▪ Traslado en camilla* (debe estar certificado para su uso) Nota: Nuestro plan no cubre el reembolso de millas (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento, incluidos los viajes fuera del estado. Estos servicios no están cubiertos por el plan, pero es posible que estén disponibles a través de su condado o agencia tribal local. Llame a su condado local o agencia tribal para recibir más información.	\$0
Atención de necesidad urgente La atención de urgencia es la que se presta para tratar: ▪ atención que no sea de emergencia que requiera atención médica inmediata; ▪ una enfermedad imprevista; ▪ una lesión; o ▪ una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención médica urgente, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red porque, dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección no vista, pero no se trata de una urgencia médica). Esta cobertura solo está disponible en Estados Unidos y sus territorios.	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan <i>* indica que puede necesitar una autorización previa</i>	Lo que usted debe pagar
Diseño de Seguros Basado en Valor (VBID) Beneficios adicionales Medicamentos recetados de la Parte D Exención de copago Usted paga \$0 por todos los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D. Programa de ayuda alimentaria Los miembros recibirán una tarjeta para comprar alimentos con un importe de gasto trimestral de \$130. Los fondos deben gastarse antes de que finalice el trimestre y no se transfieren al trimestre siguiente. La asignación se renueva cada trimestre en el que el miembro califica. Los fondos se renuevan cada trimestre mientras el usuario siga inscrito en el plan. La tarjeta puede utilizarse para comprar fruta fresca, verdura, leche, pan, huevos y otros alimentos en tiendas seleccionadas. En mybenefitcenter.com o en la aplicación móvil de la Red OTC se enumeran las opciones de comestibles elegibles. Modificaciones en el hogar y de seguridad DME* Cubrimos modificaciones en el hogar, dispositivos de seguridad y/o equipos y suministros que promuevan la salud o una vida independiente segura (no cubiertos por otros programas de exención) y están cubiertos hasta un máximo de \$1000 por año.	\$0



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado de la vista Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma al año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen: ▪ personas con antecedentes familiares de glaucoma ▪ personas con diabetes ▪ afroamericanos ▪ hispanoamericanos Pagamos un par de gafas o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico coloca una lente intraocular. Si se somete a dos operaciones de cataratas distintas, debe recibir un par de gafas después de cada operación. No puede obtener dos pares de gafas después de la segunda operación, incluso si no ha obtenido un par de gafas después de la primera operación. Cubrimos los siguientes puntos: ▪ Exámenes oculares ▪ Primeros anteojos, cuando sean médicamente necesarios La elección puede ser limitada. ▪ Anteojos de reemplazo, cuando sean médicamente necesarios Reemplazo idéntico de anteojos cubiertos por pérdida, robo o daño irreparable ▪ Reparación de marcos y lentes para anteojos cubiertos por el plan ▪ Lentes polarizados*, cuando sean médicamente necesarios Cualquier combinación de actualizaciones de lentes tintadas, fotocromáticas (como Transitions®), antirreflejantes o progresivas hasta un máximo anual combinado ▪ Lentes de contacto*, cuando sean médicamente necesarias en determinadas circunstancias Nota: Nuestro plan no cubre un par de gafas adicional, recubrimiento protector para lentes de plástico, y los suministros de lentes de contacto.	\$0



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye: ▪ una revisión de su salud; ▪ educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas revisiones y vacunas); y ▪ derivación a otro tipo de atención si la necesita. Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando haga su cita, dígame al consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	\$0

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare o Medical Assistance.

E1. Centro de cuidados terminales

Tiene derecho a elegir un centro de cuidados terminales si su proveedor y el director médico del centro determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que padece una enfermedad terminal y se prevé que le queden seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidados terminales certificados por Medicare. Su médico de cuidados terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte el Cuadro de beneficios en la **sección D** de este capítulo para obtener más información sobre lo que pagamos mientras recibe servicios de cuidados terminales.

Para servicios de cuidados terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B relacionados con su pronóstico terminal

- El proveedor del centro de cuidados terminales factura a Medicare por sus servicios. Medicare paga los servicios de cuidados terminales relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B relacionados con su pronóstico terminal.

El proveedor factura a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B. Usted no paga nada por estos servicios.

Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan:

- Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados terminales y por nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5** de su *Manual para miembros*.

Nota: Si necesita atención no terminal, debe llamar a su coordinador de atención para organizar los servicios. La atención no terminal es aquella que no está relacionada con su pronóstico terminal.

E2. Otros servicios

La cobertura de los siguientes servicios no está cubierta por nosotros en el plan, pero podrían estar disponible a través de otra fuente, como el estado, el condado, el gobierno federal o la tribu. Para conocer más sobre estos servicios, llame a Apoyo al Consumidor de Atención Médica de DHS (HCCS) al 651-297-3862 o 1-800-657-3672 o 711 (TTY), o use sus servicios de retransmisión de preferencia. Esta llamada es gratuita.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.



- Gestión de casos para personas con discapacidades del desarrollo
- Centro de cuidados intermedios para miembros con discapacidades del desarrollo (ICF/DD)
- Tratamiento en centros definidos según la Regla 36 que no tienen licencia para servicios de Tratamiento Residencial Intensivo (IRTS)
- Alojamiento y comida asociados con los servicios de Tratamiento Residencial Intensivo (IRTS).
- Servicios brindados por un centro de tratamiento regional estatal o un centro de atención a largo plazo de propiedad estatal, salvo que esté aprobado por nosotros o que el servicio se brinde por orden judicial bajo condiciones especificadas por la ley
- Servicios brindados por instituciones federales
- Con la excepción de los servicios de exención para personas mayores, otros servicios de exención prestados en el marco de las exenciones de servicios basados en el domicilio y la comunidad
- Servicios educativos y de capacitación laboral
- Capacitación y habilitación durante el día
- Reembolso de millas (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento. Llame a su condado para obtener más información.
- Estadías en hogar para ancianos de las que nuestro plan no es responsable. (Para más información, consulte las secciones “Atención en un centro de enfermería” y “Atención en un centro de enfermería especializada [SNF]” del Cuadro de beneficios)
- Servicios de protección de adultos vulnerables
- Servicios cubiertos por la Medical Assistance prestados por Centro de Atención Calificado a Nivel Federal (FQHC)

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medical Assistance

Esta sección le indica qué tipos de beneficios están excluidos por el plan. “Excluido” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medical Assistance tampoco pagará por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por nosotros bajo ninguna condición y algunos que están excluidos por nosotros solo en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que figuran en esta sección (o en cualquier otro lugar de este Manual para miembros), salvo en las condiciones específicas que se indican. Aunque reciba los servicios en un centro de urgencias, el plan no pagará los servicios. Si cree que nuestro plan debe pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **capítulo 9, sección E**, de este *Manual para miembros*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en el Cuadro de beneficios, **nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:**

- servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y Medical Assistance, a menos que los incluyamos en la lista de servicios cubiertos
- tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por un estudio clínico aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el **capítulo 3** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

- tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, excepto cuando sea necesario por motivos médicos y Medicare o Medical Assistance lo cubran
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- objetos personales en su habitación de un hospital o un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- cuotas cobradas por sus familiares directos o miembros de su hogar
- procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluida la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el rendimiento deportivo, fines cosméticos, el antienvejecimiento y el rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía estética u otros trabajos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada Sin embargo, pagamos la reconstrucción de una mama tras una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para igualarla
- cuidados rutinarios de los pies, excepto los descritos en Servicios de podología del Cuadro de beneficios de la sección D
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión
- reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos no sujetos a prescripción médica
- servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios prestados a los veteranos en los centros de Asuntos de los Veteranos (VA)



Esta página queda
intencionalmente
en blanco



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Capítulo 5: Obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Se trata de medicamentos que su proveedor solicita para usted y que adquiere en una farmacia. Incluyen los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y Medical Assistance. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

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

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A.** Por lo general, se trata de medicamentos que se administran mientras está ingresado en un hospital o en un centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.** Entre ellos se incluyen algunos fármacos 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 saber más sobre los medicamentos cubiertos por Medicare Parte B, consulte la Tabla de beneficios del **capítulo 4** de este *Manual para miembros*.
- Además de la cobertura de Medicare Parte D y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si está en un centro de cuidados terminales de Medicare. Si desea más información, consulte el **capítulo 5, sección F3**, “Si está en un programa de cuidados terminales certificado por Medicare”.

Normas para la cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan

Normalmente, cubrimos sus medicamentos siempre que siga las normas de esta sección. Si un medicamento es de la Parte D, no puede estar cubierto por el beneficio de Medical Assistance.

Debe tener un proveedor (médico, dentista u otro médico recetador) que le haga la receta, que debe ser válida según la legislación estatal aplicable. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP le ha derivado para que reciba atención médica.

Su médico recetador no debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.

Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta.

El medicamento recetado debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. (Consulte la sección B de este capítulo).

- Si no figura en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo concediéndole una excepción.
- Consulte el **capítulo 9, sección G2**, de este *Manual para miembros* para informarse sobre cómo solicitar una excepción.

Su medicamento debe utilizarse 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 determinadas referencias médicas. Su médico recetador puede ayudarlo a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado.

Su medicamento puede requerir aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la sección C de este capítulo.



Índice

A. Obtener recetas.....	81
A1. Surtir su receta en una farmacia de la red	81
A2. Utilizar la tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta.....	81
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red	81
A4. Qué hacer si la farmacia que utiliza abandona la red.....	81
A5. Recurrir a una farmacia especializada	81
A6. Utilizar servicios de venta por correo para obtener sus medicamentos	82
A7. Conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo	82
A8. Acudir a una farmacia que no pertenezca a la red de nuestro plan	82
A9. Reembolso de una receta.....	82
B. Lista de medicamentos de nuestro plan	83
B1. Medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.....	83
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos.....	83
B3. Medicamentos que no se encuentran en nuestra Lista de medicamentos	83
B4. Niveles de gastos compartidos de la Lista de medicamentos.....	84
C. Límites para algunos medicamentos	84
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	85
D1. Obtener de un suministro temporal.....	85
D2. Pedir un suministro temporal.....	86
D3. Pedir una excepción	87
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	87
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	89
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan.....	89
F2. En un centro de atención a largo plazo.....	89
F3. En un programa de cuidados terminales certificado por Medicare.....	89
G. Programas sobre seguridad y gestión de los medicamentos	89
G1. Programas para ayudarlo a consumir medicamentos de forma segura	89
G2. Programas para ayudarlo a gestionar sus medicamentos.....	90
G3. Programa de gestión de medicamentos para el uso seguro de opiáceos	90



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

A. Obtener recetas

A1. Surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas a los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

A2. Utilizar la tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre su Tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura su medicamento recetado cubierto.

Si no lleva consigo su Tarjeta de identificación de miembro cuando vaya a surtir su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o que busque la información sobre su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la recoja. Entonces puedes pedirnos que te devolvamos el dinero. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicios para Miembros.** Haremos todo lo posible por ayudar.

- Para pedirnos un reembolso, consulte el **capítulo 7, sección A**, de este *Manual para miembros*.
- Si necesita ayuda para solicitar una receta, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita renovar una receta, puede solicitar que un proveedor le extienda una nueva receta o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le queda alguna.

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

A4. Qué hacer si la farmacia que utiliza abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

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

A5. Recurrir a una farmacia especializada

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas figuran:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Normalmente, 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 pertenece a nuestra red, o si tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



- Farmacias que sirven a Servicio de Salud para Indígenas/Programa de Salud Tribal e Indígena Urbana. Salvo en caso de urgencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren una manipulación especial, la coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Este escenario es poco común).

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

A6. Utilizar servicios de venta por correo para obtener sus medicamentos

Nuestro plan **no** ofrece servicios de venta por correo.

A7. Conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que se toman regularmente para tratar una enfermedad crónica o de larga duración.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias pueden suministrarle medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para obtener más información.

A8. Acudir a una farmacia que no pertenezca a la red de nuestro plan

Por lo general, solo pagamos los medicamentos dispensados en una farmacia fuera de la red cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Disponemos de farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero a su coordinador de atención de Servicios para Miembros para saber si hay alguna farmacia de la red cerca de usted.

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

- Está de viaje y se le acaban o pierde sus medicamentos cubiertos de la Parte D, se pone enfermo y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red;
- no puede obtener a tiempo un medicamento cubierto de la Parte D en una farmacia de la red (por ejemplo, no hay ninguna farmacia de la red a una distancia razonable en coche que preste servicio 24 horas al día, 7 días a la semana);
- necesita un medicamento cubierto por la Parte D que no se encuentra regularmente en stock en una farmacia de la red accesible;
- le dispensan un medicamento cubierto de la Parte D en una farmacia fuera de la red mientras está ingresado en un servicio de urgencias, en una clínica de un proveedor, en un centro de cirugía ambulatoria o en otro centro ambulatorio; o
- es desplazado de su lugar de residencia durante una catástrofe federal y no puede obtener razonablemente los medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red.

A9. Reembolso de una receta

Si tiene que acudir a una farmacia fuera de la red, por lo general deberá abonar el costo total cuando adquiera el medicamento. Puede pedirnos que le devolvamos el dinero.

Para obtener más información sobre esto, consulte el **capítulo 7, sección A**, de este *Manual para miembros*.

NOTA: Si el medicamento está cubierto por Medical Assistance, no permitimos que los proveedores de SeniorCare Complete le facturen por estos medicamentos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

cualquier cargo. Esto es así aunque paguemos al proveedor menos de lo que cobra. Si ha pagado un medicamento que cree que deberíamos haber cubierto, comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Disponemos de una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.

Elegimos los medicamentos de la Lista de medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos indica las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan cuando usted sigue las normas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos de nuestra Lista de medicamentos

Nuestra Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos con receta y de venta sin receta (OTC) y productos cubiertos por Medical Assistance.

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

Un medicamento de marca es un medicamento de venta con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico.

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen una alternativa llamada biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos de muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Consulte el **capítulo 12** para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden figurar en la *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos y productos de venta sin receta. Algunos medicamentos de venta sin receta cuestan menos que los de venta con receta y funcionan igual de bien. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos

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

- Visitar nuestro sitio web: www.mnscha.org. La Lista de medicamentos de nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento figura en nuestra Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice nuestra “Herramienta de prestaciones en tiempo real” en www.mnscha.org o llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.
- Utilice la herramienta de búsqueda **Buscar un medicamento** en el sitio web del plan www.mnscha.org.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



B3. Medicamentos que no se encuentran en nuestra Lista de medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no figuran en nuestra Lista de medicamentos porque la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra Lista de medicamentos.

Nuestro plan no paga por los medicamentos mencionados en esta sección. Son los llamados **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que tenga que pagarlo usted mismo. Si cree que debemos pagar un medicamento excluido por su caso, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte **el capítulo 9, sección E**, de este *Manual para miembros*.

He aquí tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de Medicare Parte D y de Medical Assistance) no puede pagar un medicamento que ya cubra Medicare Parte A o Medicare Parte B. Nuestro plan cubre gratuitamente los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias médicas como tratamiento de su enfermedad. Su médico u otro profesional de la salud puede recetarle un determinado medicamento para tratar su enfermedad, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se llama “uso fuera de lo indicado” Nuestro plan no suele cubrir los medicamentos recetados para usos no indicados.

Además, por ley, Medicare o Medical Assistance no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación.

- Medicamentos usados para mejorar la fertilidad
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para favorecer el crecimiento del cabello
- Medicamentos usados para tratar la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos para pacientes ambulatorios producidos por una compañía que dice que usted debe hacerse pruebas o servicios solo con ellos

B4. Niveles de gastos compartidos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los tres niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta sin receta). Para saber en qué nivel se encuentra su medicamento, consulte el medicamento en nuestra Lista de medicamentos.

Con nuestro plan, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos, siempre que siga nuestras normas.

C. Límites para algunos medicamentos

En el caso de determinados medicamentos recetados, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. En general, nuestras normas lo animan a obtener un medicamento que funcione para su enfermedad y sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien que otro de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si existe una norma especial para su medicamento, suele significar que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que comunicarnos primero su diagnóstico o los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra norma no debe aplicarse a su situación, pídanos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no que utilice el medicamento sin tomar medidas adicionales

Para obtener información sobre como solicitar excepciones, consulte el **capítulo 9** de este *Manual para miembros*.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando existe una versión genérica

Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos. Si existe una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionan la versión genérica.

- No solemos pagar el medicamento de marca cuando existe una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado la razón médica por la que el medicamento genérico no le va a funcionar o ha escrito “No se admiten sustituciones” en su receta de un medicamento de marca o nos ha indicado la razón médica por la que el medicamento genérico u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad le van a funcionar, entonces cubrimos el medicamento de marca.

2. Obtener la aprobación previa del plan

Para algunos medicamentos, usted o el médico recetador deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Probar primero con otro medicamento

En general, queremos que pruebe medicamentos más baratos que sean igual de eficaces antes de cubrir los que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, podemos exigirle que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A **no** le funciona, el plan cubrirá el medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada.

4. Límites de cantidad:

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede tomar. Esto se denomina límite cuantitativo. Por ejemplo, podemos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de las normas anteriores se aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, consulte nuestra Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web www.mnscha.org. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

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

Intentamos que la cobertura de sus medicamentos le vaya bien, pero a veces puede que un medicamento no estuviera cubierto de la forma que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted quiere tomar. Es posible que el medicamento no figure en nuestra Lista de Medicamentos. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no hemos revisado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen normas especiales o límites de cobertura. Como se explica en la sección anterior a la sección C, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o el médico recetador quieran solicitarnos una excepción.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento como usted quiere.

D1. Obtener de un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando éste no figura en nuestra Lista de medicamentos o está limitado 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 las dos normas siguientes:

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no figura en nuestra Lista de medicamentos;
- nunca figuró en nuestra Lista de medicamentos; o
- ahora está limitado de alguna manera.

2. Debes encontrarte en una de estas situaciones:

- Estabas en nuestro plan el año pasado.
- Cubrimos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario**.
 - Este suministro temporal es para un máximo de 30 días.
 - Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples reposiciones hasta un máximo de 30 días de medicamento. Usted debe surtir su receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden suministrar su medicamento recetado en pequeñas cantidades cada vez para evitar que se desperdicie.
- Eres nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su inscripción al plan**.
 - Este suministro temporal es para un máximo de 30 días.
 - Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples reposiciones hasta un máximo de 30 días de medicamento. Usted debe surtir su receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden suministrar su medicamento recetado en pequeñas cantidades cada vez para evitar que se desperdicie.
- Lleva más de 90 días en el plan, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro para 31 días, o menos si su receta es para menos días. Esto se añade al suministro temporal anterior.
 - Para los miembros que han estado en el plan y son ingresados o dados de alta de un centro de atención a largo plazo (LTC): Existen circunstancias en las que podrían producirse transiciones imprevistas para los miembros actuales y en las que los regímenes de medicamentos prescritos podrían no figurar en el formulario. Estas circunstancias suelen implicar cambios de nivel de atención en los que un miembro pasa de un entorno de tratamiento a otro. Para estas transiciones imprevistas, debe utilizar nuestro proceso de excepciones y apelaciones. Las determinaciones y redeterminaciones de cobertura se tramitarán con la rapidez que requiera su estado de salud.

Para evitar una interrupción temporal de la atención cuando el miembro recibe el alta médica, se le permite disponer de un suministro ambulatorio completo para continuar la terapia una vez agotado el suministro limitado que se le proporcionó en el momento del alta. Este suministro ambulatorio está disponible antes del alta de una estancia de la Parte A. Cuando un miembro ingresa o es dado de alta de un centro de LTC, no tiene acceso al resto de la receta dispensada previamente. Nos aseguraremos de que disponga de una reposición en el momento del ingreso o del alta.

Se proporciona una única anulación de las ediciones de “reposición demasiado pronto” para cada medicación que se vería afectada debido a que un miembro ingresa o es dado de alta de un centro de LTC. Las ediciones de reposición anticipada no se utilizan para limitar el acceso adecuado y necesario al beneficio de la Parte D de un miembro, y a dichos miembros se les permite acceder a una reposición al ingreso o al alta.

D2. Pedir un suministro temporal

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

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Aquí están sus opciones:



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos y que tratan la misma enfermedad. La 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 pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor le dice que tiene una buena razón médica para hacer una excepción, puede ayudarle a solicitarla.

D3. Solicitar una excepción

Si un medicamento que usted toma va a ser retirado de nuestra Lista de Medicamentos o limitado de algún modo el año que viene, le permitimos solicitar una excepción antes del año que viene.

- Le informamos de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Pídanos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el año que viene como usted desea.
- Le daremos una respuesta a su solicitud en las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud (o de la declaración justificativa del médico recetador).

Consulte el **capítulo 9, sección G2**, de este *Manual para miembros* para informarse sobre cómo solicitar una excepción.

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

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, pero podemos añadir o eliminar medicamentos de nuestra Lista de medicamentos a lo largo del año. También podemos cambiar nuestras normas sobre medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir si se requiere o no aprobación previa (AP) para un medicamento (permiso antes de que pueda obtener un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Añadir o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para más información sobre estas normas sobre medicamentos, consulte la **sección C**.

Si toma un medicamento que estaba cubierto a **principios de año**, por lo general no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funciona tan bien como uno de los que figuran ahora en la Lista de medicamentos;
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro; o
- se retira un medicamento del mercado.

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

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

- Consultar nuestra Lista de medicamentos actualizada en línea en www.mnscha.org; o
- Llamar a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página para consultar la Lista de medicamentos actualizada.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Posibles cambios que podemos hacer en la *Lista de medicamentos* y que le afecten durante el año en curso del plan

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

- **Existe un nuevo medicamento genérico.** A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca que ya figura en nuestra Lista de medicamentos. Cuando esto ocurre, podemos retirar el medicamento de marca y añadir el nuevo genérico, pero su costo por el nuevo medicamento sigue siendo el mismo.

Cuando añadimos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus normas de cobertura o límites.

- Es posible que no se lo comuniquemos antes de realizar este cambio, pero le enviamos información sobre el cambio específico que hemos realizado una vez que se produzca.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviamos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Para obtener información sobre las excepciones, consulte el **capítulo 9** de este manual.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o eficaz o el fabricante retira un medicamento del mercado, podemos retirarlo inmediatamente de nuestra Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso antes de realizar el cambio. Cuando reciba nuestro aviso, comuníquese con su médico recetador para que le ayude a encontrar otro medicamento para su enfermedad.

Podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informamos con antelación de estos otros cambios en nuestra Lista de medicamentos. Estos cambios podrían producirse si:

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

Cuando se produzcan estos cambios, vamos a actuar de la siguiente manera:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que introduzcamos el cambio en la Lista de medicamentos; o
- le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que pida una reposición.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro médico recetador. Pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar; o
- si debe solicitar una excepción a estos cambios para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Consulte el **capítulo 9, sección G2**, de este *Manual para miembros* para informarse sobre cómo solicitar una excepción.

Cambios en la *Lista de medicamentos* que no le afectan durante el año en curso del plan

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma que no se hayan descrito anteriormente y que no lo afectan ahora. Si está tomando un medicamento que está cubierto a **principios** de año, por lo general no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

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

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que esté tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará el uso hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso. Tendrá que consultar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que le afecte durante el próximo año del plan.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

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

Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. No pagará ningún copago. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos siempre que estos cumplan todas nuestras normas de cobertura.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Generalmente, el centro de atención a largo plazo, como los centros de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a los residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

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

F3. En un programa de cuidados terminales certificado por Medicare

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

- Es posible que esté inscrito en un centro de cuidados terminales de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que su centro de cuidados terminales no cubre porque no están relacionados con su pronóstico y condiciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir notificación del médico recetador o de su proveedor de cuidados 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 pedir a su proveedor de cuidados terminales o al médico recetador que se aseguren de que tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que le surta la receta.

Si deja el centro de cuidados terminales, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en la farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados terminales de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar que ha dejado el centro de cuidados terminales.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que tratan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Para obtener información sobre los beneficios del centro de cuidados terminales, consulte el **capítulo 4, sección E**, de este *Manual para miembros*.

G. Programas sobre seguridad y gestión de los medicamentos

G1. Programas para ayudarlo a consumir medicamentos de forma segura

Cada vez que surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores en medicamentos o medicamentos que:

- pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar que hace lo mismo
- pueden no ser seguros para su edad o sexo
- podría perjudicarlo si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que usted es o puede ser alérgico
- tienen cantidades inseguras de analgésicos opiáceos

Si detectamos un posible problema en su consumo de medicamentos con receta, colaboramos con su proveedor para corregirlo.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



G2. Programas para ayudarlo a gestionar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades médicas complejas. En estos casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de gestión de terapia farmacológica (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos están funcionando para mejorar su salud. Si cumple los requisitos del programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier preocupación que tenga, como los costos de la medicación y las reacciones a los medicamentos
- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier duda o problema que tenga sobre su medicación con o sin receta médica

Entonces, le darán:

- Un resumen escrito de este debate. El resumen contiene un plan de acción de medicación que le recomienda qué puede hacer para el mejor uso de sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluya todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico acerca de su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y la lista de medicamentos a su visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud.
- Lleve consigo la lista de medicamentos si acude al hospital o a urgencias.

Los programas MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplen los requisitos. Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, le inscribimos en él y le enviamos información. Si no quieres participar en el programa, avise y lo sacaremos de él.

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

G3. Programa de gestión de medicamentos para el uso seguro de opiáceos

Nuestro plan cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opiáceos recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Gestión de Medicamentos (DMP).

Si utiliza medicamentos opiáceos que recibe de varios médicos recetadores o farmacias o si ha tenido una sobredosis reciente de opiáceos, podemos hablar con su médico recetador para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos es adecuado y médicamente necesario. En colaboración con su médico recetador, si decidimos que su consumo de opiáceos o benzodiacepinas no es seguro, podemos limitar la forma en la que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **en una farmacia determinada o de un médico recetador determinado**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubrimos



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

Si consideramos que deben aplicarse una o varias limitaciones, le enviamos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si vamos a limitar la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos recetadores o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante. Si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos después de que haya tenido la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta confirmando las limitaciones.

Si cree que hemos cometido un error, no está de acuerdo con que corre el riesgo de abusar de los medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y su médico recetador pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO). (Para obtener información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **capítulo 9, sección E**, de este *Manual para miembros*).

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

- padece determinadas enfermedades, como cáncer o anemia falciforme;
- está recibiendo cuidados terminales o atención al final de la vida; o
- vive en un centro de atención a largo plazo.



ESTA PÁGINA QUEDA
INTENCIONALMENTE
EN BLANCO



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes *(de abril a septiembre)*; de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana *(de octubre a marzo)*. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medical Assistance

Introducción

En este capítulo se indica lo que usted paga por sus medicamentos ambulatorios recetados. Con “medicamentos” nos referimos a:

- Medicamentos recetados de Medicare Parte D, y
- medicamentos y artículos cubiertos por Medical Assistance, y
- medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Dado que reúne los requisitos para recibir Medical Assistance, recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudarle a pagar los medicamentos con receta de Medicare Parte D.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” (LIS).

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

Para saber más sobre los medicamentos con receta, puede consultar estos sitios:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - A esto lo llamamos “Lista de medicamentos”. Le informa sobre:
 - » qué medicamentos pagamos
 - » si hay límites para los medicamentos
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra Lista de medicamentos en nuestro sitio web www.mnscha.org.
- **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.
 - Le indica cómo obtener sus medicamentos ambulatorios recetados a través del plan.
 - Incluye normas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.
 - Cuando utilice la “Herramienta de prestaciones en tiempo real” del plan para consultar la cobertura de medicamentos (consulte el **capítulo 5, sección B2**), el costo mostrado se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo mostrado en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación del costo de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para obtener más información.
- *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener los medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de las farmacias de la red. Para obtener información sobre las farmacias de la red, consulte el **capítulo 5, sección A**, de este *Manual para miembros*.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Índice

A. Explicación de beneficios (EOB).....95

B. Cómo controlar los gastos en la farmacia95

 B1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro 95

 B2. Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos 95

 B3. Envíenos información sobre pagos que otros hayan hecho por usted 96

 B4. Compruebe las EOB que le enviamos..... 96

C. No paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo.....96

 C1. Conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo 96

D. Vacunas96

 D1. Lo que debe saber antes de vacunarse 97



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

A. Explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva la cuenta de sus medicamentos recetados. Llevamos la cuenta de dos tipos de costos:

- **Sus gastos de bolsillo.** Es la cantidad de dinero que usted, u otros en su nombre, pagan por sus recetas. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la “Ayuda adicional” de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programa de asistencia de medicamentos contra el sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **El costo total de sus medicamentos.** Es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que el plan pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado “Explicación de beneficios”. La llamamos EOB para abreviar. Esta EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información del mes.** El resumen indica los medicamentos recetados del mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que hemos pagado y lo que han pagado usted y otras personas que pagan por usted.
- **Información del “año hasta la fecha”.** Se trata del costo total de sus medicamentos y del total de los pagos efectuados desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Se trata del precio total del medicamento y de cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su médico para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra Lista de medicamentos. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta y de venta libre están cubiertos por los beneficios de Medical Assistance. Estos medicamentos están incluidos en la Lista de medicamentos.

B. Cómo controlar los gastos en la farmacia

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. He aquí cómo puede ayudarnos:

B1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que le surtan una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y cuánto paga.

B2. Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.

Facilítenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que haya pagado. Puede pedirnos que le devolvamos el dinero.

Estas son algunas de las ocasiones en las que debería darnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio completo de un medicamento cubierto

Para obtener más información sobre como pedirnos el reembolso del costo de un medicamento, consulte el **capítulo 7, sección A**, de este *Manual para miembros*.

B3. Envíenos información sobre pagos que otros hayan hecho por usted.

Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos efectuados por un programa de asistencia de medicamentos contra el sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan como sus gastos de bolsillo.

B4. Compruebe las EOB que le enviamos.

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

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Compruebe las fechas. ¿Consiguió medicamentos ese día?
- **¿Consiguió los medicamentos de la lista?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos?
¿Coinciden los medicamentos con lo que le recetó el médico?

Si desea más información, puede llamar a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete o leer el *Manual para miembros* de AbilityCare. Puede ver el *Manual para miembros* visitando nuestro sitio web: www.mnscha.org.

¿Y si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, consulte a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete.

¿Y los posibles fraudes?

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

- Comuníquese con Servicios para Miembros de SeniorCare Complete.
- También puede llamar 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 gratuitamente, 24 horas al día, 7 días a la semana.

Si cree que algo es incorrecto o falta, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros. 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, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos, siempre que siga nuestras normas.

C1. Conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro ampliado”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días. El suministro a largo plazo es gratuito.

Para más información sobre dónde y cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo, consulte el **capítulo 5** de este *Manual para miembros* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

D. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que se paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Encontrará estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre la cobertura y los gastos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de Medicare Parte D consta de dos partes:

1. La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento de venta con receta.
2. La segunda parte de la cobertura se refiere al costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de inyección administrada por su médico.

D1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros si tiene previsto vacunarse.

- Podemos informarle sobre cómo cubre nuestro plan su vacunación.
- Podemos indicarle cómo mantener bajos sus costos utilizando farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que usted no tenga costos iniciales por una vacuna de Medicare Parte D.



ESTA PÁGINA QUEDA
INTENCIONALMENTE
EN BLANCO



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Capítulo 7: Pedirnos que paguemos una factura por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

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

Índice

- A. Pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos.....100
- B. Envío de una solicitud de pago.....102
- C. Decisiones de cobertura102
- D. Apelaciones.....103



A. Pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan de salud.

No permitimos que los proveedores de SeniorCare Complete le facturen estos servicios o medicamentos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo.

Si recibe una factura por servicios médicos o medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya ha pagado la factura, tiene derecho a que se la devolvamos.
 - » Si ha pagado por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
 - » Si ha pagado por servicios cubiertos por Medical Assistance, nosotros no podemos devolverle el dinero, pero sí lo hará el proveedor. Servicios para Miembros o su coordinador de atención pueden ayudarlo a ponerse en contacto con la oficina del proveedor. Al final de la página encontrará el número de teléfono de Servicios para Miembros.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo comunicaremos.

Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención. Si recibe una factura y no sabe qué hacer, podemos ayudarlo. También puede comunicarse si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

Aquí tiene ejemplos de ocasiones en las que puede tener que pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que ha recibido:

NOTA: Si el servicio está cubierto por Medical Assistance, no permitimos que los proveedores de SeniorCare Complete le facturen por estos medicamentos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es así aunque paguemos al proveedor menos de lo que cobra. Si pagó por un servicio que cree que deberíamos haber cubierto, comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página.

1. Cuando reciba atención médica de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pida al proveedor que nos facture.

- Si paga el importe total cuando recibe atención, pídanos que se lo devolvamos. Envíenos la factura y el justificante de pago.
- Es posible que reciba una factura del proveedor pidiéndole un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura y el justificante de pago.
 - » Si hay que pagar al proveedor, le pagaremos directamente.
 - » Si ya ha pagado por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.

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

Los proveedores de la red deben facturarnos siempre. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o receta. Pero a veces cometen errores y te piden que pagues por tus servicios o más de lo que te corresponde. **Llame a Servicios para Miembros** al número que aparece al final de la página **si recibe una factura**.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

- Dado que pagamos la totalidad del costo de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún gasto compartido. 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 ha pagado una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y un justificante de cualquier pago que haya efectuado. Le reembolsaremos los servicios cubiertos.

3. Si está inscripto retroactivamente en nuestro plan

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ya ha pasado el primer día de su inscripción. Puede que incluso haya sido el año pasado).

- Si se inscribió con carácter retroactivo y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que se la devolvamos.
- Envíenos la factura y el justificante de pago.

4. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, abona el costo total cuando adquiera el medicamento.

- Solo en pocos casos, cubriremos las recetas que se surten en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero.
- Para más información sobre las farmacias fuera de la red, consulte **el capítulo 5** de este *Manual para miembros*.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el importe total de la receta porque no lleva consigo la tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva consigo su tarjeta de identificación de miembro, puede pedir en la farmacia que nos llamen o consultar la información sobre su inscripción al plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de la receta o volver a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio al contado que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

6. Cuando paga el costo total de la receta de un medicamento que no está cubierto

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

- Es posible que el medicamento no figure en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) de nuestro sitio web o que tenga algún requisito o restricción que usted desconozca o considere que no se aplica a su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que tenga que 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 G4**, de este *Manual para miembros*).
 - » Si usted y su médico u otro médico recetador consideran que lo necesita de inmediato (en un plazo de 24 horas), puede solicitar una decisión rápida de cobertura (consulte **el capítulo 9, sección G4**, de este *Manual para miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro médico recetador para reembolsarle el medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



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

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar a nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo realizar una apelación, consulte el **capítulo 9, sección G5**, de este *Manual para miembros*.

B. Envío de una solicitud de pago

No permitimos que los proveedores de SeniorCare Complete le facturen estos servicios. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo.

No debe pagar la factura usted mismo. Envíenos la factura. También puede pedir ayuda a su coordinador de atención. Consulte la sección A de este capítulo o el **capítulo 9, sección F5**.

Envíenos su factura y el justificante de cualquier pago que haya efectuado por los servicios de Medicare o llámenos. El justificante de pago puede ser una copia del cheque que extendió o un recibo del proveedor.

Es una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para sus registros. También puede pedir ayuda a su coordinador de atención.

Si solicita el pago de un medicamento con receta, puede rellenar nuestro formulario de solicitud de reembolso para realizar su solicitud de pago.

- No es obligatorio utilizar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápidamente.
- Puede obtener el formulario de solicitud de reembolso en nuestro sitio web www.mnscha.org, o puede llamar a Servicio para Miembros y solicitar el impreso.

Envíe su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

South Country Health Alliance

6380 W Frontage Rd

Medford, MN 55049

O por fax a

1-507-431-6328

C. Decisiones de cobertura

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

- Si necesitamos más información, se lo haremos saber.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted ha seguido todas las normas para obtenerlo, se lo pagaremos. Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por el importe abonado. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el importe íntegro que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio al contado que pagó es superior a nuestro precio negociado). Si no ha pagado, pagaremos directamente al proveedor.

En el **capítulo 3, sección B**, de este *Manual para miembros* se explican las normas para obtener la cobertura de su servicio. En el **capítulo 5, sección A**, de este *Manual para miembros* se explican las normas para obtener la cobertura de sus medicamentos de Medicare Parte D.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

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

D. Apelaciones

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que modifiquemos nuestra decisión. Esto se llama “hacer una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el importe que le pagamos.

El proceso formal de apelación tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte **el capítulo 9**, de este *Manual para miembros*:

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de salud, consulte **la sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **sección G**.



ESTA PÁGINA QUEDA
INTENCIONALMENTE
EN BLANCO



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

- A. Su derecho a obtener servicios e información de modo que cumpla con sus necesidades106
- B. Nuestra responsabilidad por su acceso puntual a los servicios y medicamentos cubiertos106
- C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)107
 - C1. Cómo protegemos su PHI 107
 - C2. Derecho a consultar su historial médico 107
- D. Nuestra responsabilidad de informarle107
- E. Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente108
- F. Su derecho a abandonar nuestro plan.....108
- G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica109
 - G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones 109
 - G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo 109
 - G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 110
- H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones.....110
 - H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos 110
- I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....111



A. Su derecho a obtener servicios e información de modo que cumpla con sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos los** servicios se presten de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de forma que pueda entenderlos. Debemos informarle de sus derechos cada año que pase inscripto a nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que pueda entenderla, llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros. Nuestro plan dispone de servicios gratuitos de interpretación para responder dudas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales 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 South Country Health Alliance 6380 W Frontage Rd, Medford, MN 55049.
- Para realizar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas lingüísticos o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Coordinador de Derechos Civiles, Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, 651-431-3040 o utilice su servicio de retransmisión preferido.
- Oficina de Derechos Civiles en el 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derechos como miembro del 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. Encontrará más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en **el capítulo 3** de este *Manual para miembros*.
 - Llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para saber más sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- No le exigimos que obtenga remisiones.
- Tiene derecho a recibir los servicios cubiertos de los proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios puntuales de especialistas.
 - Si no puede obtener los servicios en un plazo razonable, tenemos que pagar por la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir atención de necesidad urgente sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede recurrir a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre proveedores fuera de la red, consulte el **capítulo 3, sección D**, de este *Manual para miembros*.

En el **capítulo 9** de este *Manual para miembros* se explica qué puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. También le indica qué puede hacer si le denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

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

Protegemos su PHI tal y como exigen las leyes federales y estatales.

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

Usted tiene derechos cuando se trata de su información y de controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos una notificación por escrito en la que se le informa de estos derechos y se explica 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 consulte o modifique sus registros.

Salvo en los casos que se indican a continuación, no facilitamos su PHI a ninguna persona que no le preste o pague la atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones en su nombre, puede dar su permiso por escrito.

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

- Debemos revelar la PHI a los organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos revelar la PHI por orden judicial.
- Debemos facilitar a Medicare su PHI. Si Medicare revela su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.
- Nosotros y los proveedores de atención médica que cuidan de usted tenemos derecho a recibir información sobre su atención médica. Cuando se inscribió en el Programa de Atención Médica de Minnesota, dio su consentimiento para que lo hagamos. Mantendremos la privacidad de esta información, conforme lo establece la ley.

C2. Derecho a consultar su historial médico

- Tiene derecho a consultar su historial médico y a obtener una copia del mismo. Podemos cobrarle por hacer una copia de su historial médico.
- Tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos su historial médico. Si nos lo pide, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben hacerse cambios.
- Usted tiene derecho a saber si su PHI ha sido compartida con otros y de qué manera.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para Miembros.

D. Nuestra responsabilidad de informarle

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le informemos sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, disponemos de servicios de interpretación para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para conseguir un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito. También podemos darle información en letra grande, braille o audio.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes puntos, llame a Servicios para Miembros:

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



- **Cómo elegir o cambiar de plan**
- **Nuestro plan, incluido:**
 - información financiera
 - cómo nos han valorado los miembros del plan
 - el número de apelaciones presentadas por los miembros
 - cómo abandonar el plan
 - los resultados de un estudio externo de revisión de calidad del estado
- **Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluidos:**
 - cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)
 - cualificación de los proveedores y farmacias de nuestra red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
 - si usamos un plan de incentivos para médicos que afecta el uso de los servicios de referencias, y detalles sobre el plan si usamos uno
- **Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos:**
 - los servicios (consulte los **capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*) y los medicamentos (consulte los **capítulos 5 y 6** de este *Manual para miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - límites de su cobertura y medicamentos
 - normas 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 para miembros*), incluida la posibilidad de pedirnos que lo hagamos:**
 - poner por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiar una decisión que tomamos
 - pagar una factura que recibió

E. Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo o cobrarle si pagamos menos de lo que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte **el capítulo 7** de este *Manual para miembros*.

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no quiere.

- Tiene derecho a recibir la mayoría de los servicios médicos a través de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de un plan MA.
- Consulte el **capítulo 10** de este *Manual para miembros*:
 - para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan MA o de beneficios para medicamentos recetados.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medical Assistance si abandona nuestro plan.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros profesionales de la salud para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

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

Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento de forma que usted pueda entenderlas. Usted tiene los siguientes derechos:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que lo informen de todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que lo informen de los posibles riesgos. Debemos informarle de antemano si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Recibir una segunda opinión.** Tiene derecho a recurrir a otro médico antes de decidir el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no daremos de baja ni del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad de lo que le ocurra.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor denegó la atención.** Tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le ha denegado la atención que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que se le denegó o que normalmente no cubre.** Esto se llama decisión de cobertura. En el capítulo 9, sección E, de este *Manual para Miembros* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas son incapaces de tomar decisiones médicas por sí mismas. Antes de que eso te ocurra, usted puede:

- Rellenar un formulario escrito para **otorgar a alguien el derecho a tomar decisiones médicas por usted.**
- **Dé a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo gestionar su atención médica si se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que puede utilizar para dar sus instrucciones se denomina “voluntades anticipadas”. Hay distintos tipos de voluntades anticipadas y distintos nombres para ellas. Algunos ejemplos son el testamento vital y el poder notarial para la atención médica.

No está obligado a utilizar un documento de voluntades anticipadas, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar un documento de voluntades anticipadas:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios jurídicos o un trabajador social. Las farmacias y las oficinas de los proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en Internet y descargarlo. La Senior LinkAge Line® es una organización que ofrece a las personas información sobre Medicare o Medical Assistance, incluidos recursos para obtener un formulario en www.MinnesotaHelp.info. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar el formulario.
- **Rellene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento jurídico. Considere la posibilidad de pedir ayuda un abogado o alguien de su confianza, como un familiar o su PCP, para completarlo.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.



- **Entregue copias a las personas que necesiten saberlo.** Debe entregar una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que nombre para que tome decisiones por usted. También puede entregar copias a amigos íntimos o familiares. Guarde una copia en casa.
- Si va a ser hospitalizado y ha firmado un documento de voluntades anticipadas, **lleve una copia del mismo al hospital.**
 - El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de voluntades anticipadas y si lo lleva consigo.
 - Si no tiene un formulario de voluntades anticipadas firmado, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Usted tiene los siguientes derechos:

- Hacer constar sus voluntades anticipadas en su historial médico.
- Modificar o anular sus voluntades anticipadas en cualquier momento.
- Recuerde que es su decisión rellenar o no un documento de voluntades anticipadas.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó un documento de voluntades anticipadas y cree que un médico o un hospital no siguieron sus instrucciones, puede presentar una queja ante la Oficina de Quejas sobre Instalaciones Médicas del Departamento de Salud de Minnesota, llamando al 651-201-4201 o al teléfono gratuito 1-800-369-7994.

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones

En el **capítulo 9** de este *Manual para miembros* se explica lo que puede hacer si tiene algún problema o duda sobre los servicios o la atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

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

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

Si cree que le hemos tratado injustamente, y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en el **capítulo 11** de este *Manual para miembros*, o desea más información sobre sus derechos, puede llamar por teléfono a:

- **Servicios para Miembros.**
- El **programa Senior LinkAge Line®** al 1-800-333-2433. Si desea más información sobre la Senior LinkAge Line®, consulte el **capítulo 2, sección F**, de este Manual para miembros.
- **Defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada** al 1-800-657-3729. Para más detalles sobre este programa, consulte el **capítulo 2, sección J**, de este *Manual para miembros*.
- **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que encontrará en la página web de Medicare: <https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf>).



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna duda, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea el *Manual para miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para más detalles sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte **los capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe cumplir y lo que debe pagar.
 - Medicamentos cubiertos, consulte **los capítulos 5 y 6** de este *Manual para miembros*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicio para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros profesionales de la salud** de que está inscripto a nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros profesionales de la salud a prestarle la mejor atención.
 - Facilíteles la información que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
 - Establezca una relación con un médico de atención primaria de la red del plan antes de enfermarse. Esto lo ayuda a usted y a su médico de atención primaria a entender su condición de salud en su totalidad.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conocen todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Practique la atención médica preventiva. Realice las pruebas y los exámenes, y colóquese las vacunas recomendadas para usted según su edad y género.
 - Haga todas las preguntas que tengas. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si haces una pregunta y no entiendes la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en la consulta de su médico, en los hospitales y en las oficinas de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de SeniorCare Complete, Medical Assistance paga la prima de Medicare Parte A y la prima de Medicare Parte B.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento no cubierto por nuestro plan, deberá 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 el **capítulo 9, sección E**, para saber cómo presentar una apelación).
- **Avise si se muda.** Si piensa mudarse, díganoslo enseguida. Para solicitar una excepción, llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros.
 - **No puede permanecer en nuestro plan si se traslada fuera de nuestra área de servicio.** Solos las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de nuestro plan. Consulte sobre nuestras áreas de servicio en el **capítulo 1, sección D**, de este *Manual para miembros*.
 - Podemos ayudarlo a informarse si se traslada fuera de nuestra área de servicio. Durante un periodo de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva localidad. Podemos decirle si tenemos un plan en su nueva área.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



- Comunique a Medicare y a Medical Assistance su nueva dirección cuando se mude. En el **capítulo 2** de este *Manual para miembros* encontrará los números de teléfono de Medicare y Medical Assistance.
- **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, igualmente necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de inscripción y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.**



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan no cubre.
- No está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que busca. **Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación.**

Si tiene algún problema con su atención, puede llamar al Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada al 651-431-2660 o al 1-800-657-3729, los usuarios de TTY de retransmisión de MN deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido. Esta llamada es gratuita. Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada para que lo ayude a resolver su problema.

Para más información sobre los programas de defensor del pueblo que pueden ayudarlo a resolver sus problemas, consulte **el capítulo 2, sección J**, de este *Manual para miembros*.

Índice

Introducción	113
A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	115
A1. Acerca de los términos jurídicos.....	115
B. Dónde obtener ayuda	115
B1. Para obtener más información y ayuda	115
C. Comprender las reclamaciones y apelaciones de Medicare y Medical Assistance en nuestro plan	116
D. Problemas con sus beneficios	116
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	116
E1. Decisiones de cobertura	116
E2. Apelaciones	117
E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones	117
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo	118
F. Atención médica, salud conductual y servicios de atención a largo plazo	118
F1. Utilizar esta sección	118
F2. Solicitar una decisión de cobertura	119
F3. Presentar una apelación de nivel 1.....	120
F4. Presentar una apelación de nivel 2.....	123
F5. Problemas de pago	125

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



G. Medicamentos recetados de Medicare Parte D	126
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Parte D	126
G2. Excepciones de Medicare Parte D	127
G3. Cosas importantes que hay que saber sobre la solicitud de una excepción	128
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	128
G5. Presentar una apelación de nivel 1	130
G6. Presentar una apelación de nivel 2	131
H. Pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más larga.....	133
H1. Conozca sus derechos en Medicare	133
H2. Presentar una apelación de nivel 1	134
H3. Presentar una apelación de nivel 2	135
I. Pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos.....	135
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura	136
I2. Presentar una apelación de nivel 1.....	136
I3. Presentar una apelación de nivel 2.....	137
J. Llevar su apelación más allá del nivel 2	138
J1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare.....	138
J2. Apelaciones adicionales de atención médica	139
J3. niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Parte D	139
K. Cómo presentar una queja.....	140
K1. Qué tipo de problemas deben ser quejas.....	140
K2. Quejas internas.....	141
K3. Quejas externas	141



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explica cómo tratar los problemas y las inquietudes. El proceso que utilice dependerá del tipo de problema que tenga. Utilizar un proceso para las **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas**; también denominadas reclamos.

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene una serie de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos respetar.

A1. Acerca de los términos jurídicos

En este capítulo hay términos jurídicos para algunas normas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por eso, siempre que podemos, utilizamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos jurídicos. Utilizamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación del beneficio” o “determinación de la cobertura”
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE)

Conocer los términos jurídicos adecuados puede ayudarlo 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 resulta confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien de salud o tiene poca energía. Otras veces, puede que no disponga de la información necesaria para dar el siguiente paso.

Ayuda de Senior LinkAge Line®

Puede llamar a Senior LinkAge Line®. Los asesores de Senior LinkAge Line® pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer con su problema. Senior LinkAge Line® no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Senior LinkAge Line® cuenta con asesores formados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de Senior LinkAge Line® es 1-800-333-2433.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Aquí tiene dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada

Si necesita ayuda, también puede llamar al Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada. El Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada puede responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para solucionar su problema. Consulte el **capítulo 2, sección J**, para obtener más información sobre los programas de defensor del pueblo.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Pueden ayudarlo a entender qué proceso debe utilizar. El número de teléfono del Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada es 651-431-2660 o al 1-800-657-3729, los usuarios de TTY retransmisión de MN deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido. Los servicios del Defensor del pueblo son gratuitos.

C. Comprender las reclamaciones y apelaciones de Medicare y Medical Assistance en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medical Assistance. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medical Assistance. A veces se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medical Assistance.

A veces no se pueden combinar los procesos de Medicare y Medical Assistance. En esas situaciones, se utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medical Assistance. **La sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si una atención médica concreta (artículos médicos, servicios y/o medicamentos con receta de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas sobre el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema son los beneficios o la cobertura. Consulte la sección E: “Decisiones de cobertura y apelaciones” .	No. Mi problema <u>no</u> son los beneficios o la cobertura. Consulte la sección K: “Cómo presentar una queja” .

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, solemos referirnos a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos con receta de la Parte B como **atención médica**.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el importe que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan le remite a un especialista médico 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 denegación estándar para este especialista médico o que el servicio remitido no está cubierto bajo ninguna condición (consulte **el capítulo 4, sección F**, de este *Manual para miembros*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico concreto o de si podemos negarnos a prestarle la atención médica que usted cree que necesita. **Si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que un medicamento o servicio no está cubierto o ha dejado de estarlo para usted por Medicare o Medical Assistance. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con ella, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela a una decisión por primera vez, se denomina apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. De su apelación se encargan revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando terminemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, **sección F2**, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si decimos que **No** a parte o a todo lo que ha pedido, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio médico de Medicare, la carta le informará de que hemos enviado su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Parte D o de Medical Assistance, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medical Assistance, la carta le dará información sobre ambos tipos de apelación de nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, puede recurrir a otros niveles de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

- Llame a **Servicios para Miembros** al número que aparece al final de la página.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)** para recibir ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No está relacionado con este plan. En Minnesota, el SHIP se llama **Senior LinkAge Line®**. El número de teléfono es 1-800-333-2433 o TTY retransmisión de MN 711, o utilice su servicio de retransmisión preferido. Estas llamadas son gratuitas.
- Llame al **Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada** para recibir ayuda gratuita. El Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada ayuda a las personas inscritas en Medical Assistance con problemas de servicio o facturación. El número de teléfono es 651-431-2660 o 1-800-657-3729 o TTY retransmisión de MN 711, o utilice su servicio de retransmisión preferido.
- **Su médico u otro profesional de la salud.** 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 solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tenerlo** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos jurídicos le prestarán servicios jurídicos gratuitos si reúne los requisitos necesarios.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Rellene el formulario de Nombramiento de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a alguien a actuar en su nombre.

Llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página y solicite el formulario “Nombramiento de representante”. También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Damos detalles de cada uno de ellos en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección correspondiente:

- **Sección F**, “Atención médica, salud conductual y servicios de atención a largo plazo” en esta página.
- **Sección G**, “Medicamentos recetados de Medicare Parte D”.
- **Sección H**, “Pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más larga”.
- **Sección I**, “Pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos”. (Esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada y servicios en Centros de rehabilitación integral ambulatoria [CORF]).

Si no está seguro de qué sección le corresponde, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.

Para obtener más ayuda o información, puede llamar al Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada al 651-431-2660 o al 1-800-657-3729, los usuarios de TTY retransmisión de MN deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido.

F. Atención médica, salud conductual y servicios de atención a largo plazo

En esta sección se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si quiere que le reembolsemos el importe de la misma.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en **el capítulo 4** de este *Manual para miembros*. En algunos casos, pueden aplicarse normas diferentes a los medicamentos recetados de Medicare Parte B. Cuando lo hacen, le explicamos en qué difieren las normas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B de las normas para los servicios y artículos médicos.

F1. Utilizar esta sección

Esta sección explica lo que puedes hacer en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero que no está recibiendo.

Qué puede hacer usted: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la **sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro profesional de la salud quiere darle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **sección F3**.

3. Ha recibido atención médica que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **sección F5**.

4. Recibió y pagó una atención médica que creía cubierta por nosotros y quiere que se la devolvamos.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Consulte la **sección F5**.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

5. Hemos reducido o interrumpido la cobertura de determinadas atenciones médicas y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **sección F3**.

- Si la cobertura se refiere a atención hospitalaria, atención médica a domicilio, cuidados en un centro de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican normas especiales. Consulte la **sección H** o la **sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o interrupción de su cobertura para determinada atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **“determinación de organización integrada”**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

- Por teléfono: 1-866-567-7242. TTY: 1-800-627-3529 o 711.
- Por fax: 1-507-431-6328
- Escribanos a: Member Services
South Country Health Alliance
6380 W Frontage Rd.
Medford, MN 55049

Decisión estándar de cobertura

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que acordemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta sobre un:

- Servicio o artículo médico en los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.
- Medicamento recetado de Medicare Parte B en las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud.

Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más si nos pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como historiales médicos de proveedores fuera de la red). Si tardamos más días en tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. **No podemos aceptar días adicionales si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.**

Si cree que **no** deberíamos tomar días extra, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días extra. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Para más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **sección K**.

Decisión rápida sobre la cobertura

El término legal de **“decisión rápida de cobertura”** es **“determinación acelerada”**.

Cuando nos pida que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiera una respuesta rápida, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le damos una respuesta sobre un:

- Servicio o artículo médico en las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud.
- Medicamento recetado de Medicare Parte B en las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más si descubrimos que falta información que puede beneficiarlo (como historiales médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para darnos información para la revisión. Si tardamos más días en tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. **No podemos tardar más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.**

Si cree que **no** deberíamos tomar días extra para tomar una decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días extra. Para más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **sección K**. Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Usted solicita la cobertura de artículos y/o servicios médicos que **no ha recibido**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya ha recibido.
- Utilizar los plazos estándar **podría causar graves daños a su salud** o perjudicar su capacidad de funcionamiento.

Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere.

Si lo solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si le damos una decisión rápida de cobertura.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta indicándoselo y utilizaremos en su lugar los plazos estándar. La carta dice lo siguiente:
 - Le damos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico lo requiere.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **sección K**.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicándole los motivos.

- Si decimos que **no**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que hemos cometido un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al nivel 1 del procedimiento de apelación (consulte la **sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son:

- si la solicitud está incompleta;
- si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o
- si pide que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicándole por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se examinan en la siguiente sección.

F3. Presentar una apelación de nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Comuníquese con nosotros al 1-866-567-7242. Si desea más información sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, consulte el **capítulo 2, sección A**.

Solicite **una apelación estándar o una apelación rápida** por escrito o llamándonos al 1-866-567-7242 o TTY 711. La llamada es gratuita.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

- Si su médico u otro médico recetador le pide que continúe con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que tenga que nombrarlo representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación en su nombre, incluya un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando el sitio web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.mnscha.org > Programs (programas) > Medicare Programs (programas de Medicare) > SeniorCare Complete > Part D Prescription Drug Benefit (beneficio de medicamentos recetados de la Parte D) > Coverage Determinations, Appeals, and Exceptions (determinaciones de cobertura, apelaciones y excepciones).
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos iniciar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de que venza el plazo para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimamos su solicitud, y
 - Le enviamos una notificación por escrito explicándole su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en el plazo de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si se pasa el plazo y tiene una buena razón para ello, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de buenas razones se incluye que haya tenido una enfermedad grave o que le hayamos dado una información errónea sobre el plazo. Explique el motivo del retraso cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden facilitarnos más información en apoyo de su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que hemos tomado sobre la cobertura de una atención que no ha recibido, usted y/o su médico decidirán si necesita una apelación rápida.

Le damos automáticamente una decisión de apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si le damos una apelación rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta indicándoselo y utilizaremos en su lugar los plazos estándar. La carta dice lo siguiente:
 - Le damos automáticamente una apelación rápida si su médico lo requiere.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **sección K**.

Si le comunicamos que vamos a suspender o reducir servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda seguir recibiendo esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender 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 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigor de la medida, si esta última es posterior.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



- Si cumple este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente su apelación de nivel 1.
- También obtendrá todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
- Si no apela antes de esas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión sobre su apelación.

Estudiamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Comprobamos si cumplimos todas las normas cuando dijimos **No** a tu petición.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápido.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si nos pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tardar hasta 14 días calendario** más si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos más días en tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, no podemos tardar más tiempo en tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas o al final de los días adicionales que nos hemos tomado, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. A continuación, una IRO lo revisa. Más adelante, en **la sección F4** de este capítulo, le hablamos de esta organización y le explicamos el proceso de apelación de nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Medical Assistance, puede presentar usted mismo una solicitud de nivel 2: audiencia imparcial ante el estado tan pronto como venza el plazo. En Minnesota, una audiencia imparcial se denomina apelación estatal.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si decimos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su solicitud de cobertura de servicios que no ha recibido.
- Si su solicitud se refiere a un medicamento recetado de Medicare Parte B que no ha obtenido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere.
- **Si nos pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos tardar hasta 14 días calendario** más si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos más días en tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, no podemos tardar más tiempo en tomar la decisión.
 - Si cree que **no** deberíamos tomar días extra, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en 24 horas. Para más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **sección K**.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

- Si no le damos una respuesta en el plazo fijado o al final de los días adicionales que nos hemos tomado, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del procedimiento de apelación. A continuación, una IRO lo revisa. Más adelante, en **la sección F4 de este capítulo**, le hablamos de esta organización y le explicamos el proceso de apelación de nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Medical Assistance, puede presentar usted mismo una solicitud de nivel 2: audiencia imparcial ante el estado tan pronto como venza el plazo. En Minnesota, una audiencia imparcial se denomina apelación estatal.

Si **aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario, o de **7 días calendario** si se trata de un medicamento recetado de Medicare Parte B, a partir de la recepción de su apelación.

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, **tiene otros derechos de apelación**:

- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de lo que pidió, le enviaremos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio médico de Medicare, la carta le informará que hemos enviado su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medical Assistance, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de nivel 2.

F4. Presentar una apelación de nivel 2

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indica si Medicare, Medical Assistance o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que Medicare suele cubrir, enviaremos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelación en cuanto finalice la apelación de nivel 1.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que normalmente cubre Medical Assistance, usted mismo puede presentar una apelación de nivel 2. La carta le indica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que pueden cubrir **tanto Medicare como Medical Assistance**, usted obtiene automáticamente una apelación de nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una audiencia imparcial al estado.

Si cumplía los requisitos para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento apelado también pueden continuar durante el nivel 2. Consulte la **sección F3** para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de nivel 1.

- Si su problema se refiere a un servicio que normalmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de nivel 2 ante la IRO.
- Si su problema se refiere a un servicio que normalmente solo cubre Medical Assistance, sus prestaciones por ese servicio continuarán si presenta una apelación de nivel 2 dentro de los 10 días calendario siguientes a la recepción de nuestra carta de decisión.

Cuando su problema se refiere a 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 está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la empresa para que fuera la IRO, y Medicare supervisa su trabajo.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente”) a esta organización. Tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.
- Usted tiene derecho a facilitar a la IRO información adicional en apoyo de su apelación.
- Los revisores de la IRO examinan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el nivel 1, también lo tendrá en el nivel 2.

- Si nos ha presentado una apelación rápida en el nivel 1, obtendrá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde la recepción de su apelación.
- Si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico y la IRO necesita recabar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede tardar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el nivel 1, también lo tendrá en el nivel 2.

- Si nos ha presentado una apelación estándar en el nivel 1, obtendrá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico y la IRO necesita recabar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La IRO tarda más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

La IRO le dará su respuesta por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la IRO dice sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, nosotros debemos:
 - Autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas**;
 - Prestar el servicio en un plazo de **14 días calendario** tras recibir la decisión de la IRO en el caso de las **solicitudes estándar; o bien**
 - Prestar el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO dice sí a una parte o a toda la solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B en disputa:**
 - **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de la decisión de la IRO en el caso de las **solicitudes normales; o**
 - **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo en que no aprobemos su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2, para un total de cinco niveles.
 - Si su apelación de nivel 2 es rechazada y cumple los requisitos para continuar el proceso de apelación, deberá decidir si pasa al nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo figuran en la notificación escrita que recibirá tras su apelación de nivel 2.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

- Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador se encarga de una apelación de nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema se refiere a un servicio o artículo que la Medical Assistance suele cubrir, o que está cubierto tanto por Medicare como por la Medical Assistance

Una apelación de nivel 2 para servicios que normalmente cubre la Medical Assistance es una audiencia imparcial con el estado. En Minnesota, una audiencia imparcial se denomina apelación estatal. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha de envío de la carta de decisión sobre su apelación de nivel 1. La carta que le enviaremos le indicará dónde presentar su solicitud de audiencia imparcial.

Debe solicitar una apelación estatal en un plazo de 120 días a partir de la fecha de la decisión de apelación del plan.

Envíe su solicitud por correo, fax o por escrito a:

Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Fax: 651- 431-7523

Formulario de apelación en línea:

edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG

Un juez de servicios humanos de la Oficina de Apelaciones del estado llevará a cabo una audiencia. Su reunión será por teléfono a menos que solicite una reunión en persona. Durante la audiencia, explique al juez por qué no está de acuerdo con la decisión tomada por el plan. Puede pedirle ayuda a un amigo, un familiar, un defensor, un proveedor o un abogado.

El proceso puede demorar entre 30 y 90 días. Si su audiencia es sobre un servicio urgente y necesita una respuesta más rápida, comuníquese a la Oficina Estatal de Apelaciones cuando presente su solicitud de audiencia. Si su audiencia es sobre una denegación por necesidad médica, puede solicitar una opinión médica experta de un revisor externo. No tiene ningún costo para usted.

Para obtener ayuda en cualquier instancia del proceso, puede llamar al Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada al 651-431-2660 o al 1-800-657-3729, los usuarios de TTY retransmisión de MN deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido.

La oficina de audiencias imparciales le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la oficina de la audiencia imparcial dice que **sí** a una parte o a toda la solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **en un plazo de 72 horas** después de recibir su decisión.
- Si la oficina de la audiencia imparcial dice que **no** a una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no aprobemos su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la oficina de audiencia imparcial es **negativa** para la totalidad o parte de su solicitud, tiene otros derechos de apelación.

Si su apelación de nivel 2 fue a la **IRO**, puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un determinado importe mínimo. Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de una apelación de nivel 3. **La carta que reciba de la IRO le explicará otros derechos de apelación que puede tener.**

La carta que reciba de la oficina de audiencia imparcial describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del nivel 2.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes *(de abril a septiembre)*; de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana *(de octubre a marzo)*. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que éste cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura.

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medical Assistance. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medical Assistance, envíenlos. No debe pagar la factura usted mismo. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si ha seguido las normas para obtener los servicios o el artículo.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o nos pide que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medical Assistance que usted pagó. Comprobaremos si el servicio o artículo que ha pagado está cubierto y si ha seguido todas las normas para utilizar su cobertura. Para obtener más información, consulte el **capítulo 7** de su *Manual para miembros*.

- Si el servicio o artículo que ha pagado está cubierto y ha seguido todas las normas, enviaremos a su proveedor el pago del servicio o artículo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de recibir su solicitud. A continuación, su proveedor le enviará el pago.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir **Sí** a su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no ha seguido todas las normas, le enviaremos una carta comunicándole que no pagaremos el servicio o artículo y explicándole por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el procedimiento de apelación descrito en la **sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para que le devolvamos el dinero, debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que recibió y pagó usted mismo, no puede pedir una apelación rápida.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** suele cubrir el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto ocurre.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **afirmativa** en cualquier fase del proceso de apelación posterior al nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con que no aprobemos su solicitud. Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicarán otros derechos de apelación que pueda tener. Consulte la **sección J** para obtener más información sobre los niveles de Apelaciones adicionales.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y Medical Assistance suele cubrir el servicio o artículo, puede presentar usted mismo una apelación de nivel 2. Consulte la **sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos recetados de Medicare Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. La mayoría son medicamentos de Medicare Parte D. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre y que Medical Assistance puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de Medicare Parte D.** Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamentos de Medicare Parte D” cada vez. Para los medicamentos cubiertos únicamente por la Medical Assistance, siga el proceso indicado en la **sección E**.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Para que sea cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas. Consulte el **capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Parte D

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de Medicare Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, incluso nos pide que:
 - cubrir un medicamento de Medicare Parte D que no figure en la Lista de medicamentos de nuestro plan; o
 - establecer una restricción a nuestra cobertura de un medicamento (como límites a la cantidad que puede obtener).
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo para usted antes de cubrirlo)

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse tal como está escrita, la farmacia le entrega un aviso por escrito explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de Medicare Parte D se llama **“determinación de cobertura”**.

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya ha comprado. Esto es pedir una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utiliza el siguiente cuadro como ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que anulemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple las normas o restricciones del plan (como obtener la aprobación previa) para el medicamento que necesita.	Quiere pedirnos que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma que usted desea.
Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. (Se trata de un tipo de decisión de cobertura).	Puede pedirnos una decisión sobre la cobertura.	Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Se trata de un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que lo reconsideremos).
Empiece por la sección G2 y consulte después las secciones G3 y G4 .	Consulte la sección G4 .	Consulte la sección G4 .	Consulte la sección G5 .

G2. Excepciones de Medicare Parte D

Si no cubrimos un medicamento como a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar a nuestra decisión.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Cuando solicite una excepción, su médico u otro médico recetador debe explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o la eliminación de una restricción sobre un medicamento se denomina a veces solicitar una **“excepción al formulario”**.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro médico recetador pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos

2. Supresión de una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican normas o restricciones adicionales a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (consulte el **capítulo 5** de este *Manual para miembros* para más información).
- Entre las normas y restricciones adicionales para determinados medicamentos se incluyen:
 - Estar obligado a utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. A veces esto se denomina “autorización previa (PA)”.
 - Que se le exija probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. A veces esto se denomina “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad de medicamentos que puede tomar.

G3. Cosas importantes que hay que saber sobre la solicitud de una excepción

Su médico u otro médico recetador debe comunicarnos los motivos médicos.

Su médico u otro médico recetador debe entregarnos una declaración en la que explique los motivos médicos por los que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro médico recetador cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos incluye a menudo más de un medicamento para tratar una afección específica. Son los llamados medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es igual de eficaz que el que usted solicita y no causaría efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general **no** aprobamos su solicitud de excepción.

Podemos decir Sí o No a su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta suele durar hasta el final del año calendario. Esto es así mientras su médico siga recetándole el medicamento y éste siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. En la **sección G5** encontrará información sobre cómo presentar una apelación en caso de respuesta **negativa**.

En la siguiente sección le indicamos cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desee llamando al 1-866-567-7242 o TTY 711, por escrito o por fax. Puede hacerlo usted, su representante o su médico (u otro médico recetador). Incluya su nombre, datos de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro médico recetador) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- Consulte la **sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como representante.
- No es necesario que autorice por escrito a su médico u otro médico recetador para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

- Si quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento, consulte el **capítulo 7** de este *Manual para miembros*.
- Si pide una excepción, facilítenos una “declaración justificativa”. La declaración justificativa incluye las razones médicas de su médico u otro médico recetador para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro médico recetador puede enviarnos por fax o por correo la declaración justificativa. También pueden decírnoslo por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión rápida de cobertura”

Utilizamos los “plazos estándar” a menos que acordemos utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta en un plazo de 72 horas desde que recibimos la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta en un plazo de 24 horas desde que recibimos la declaración de su médico.

Una “decisión rápida de cobertura” se llama “**determinación acelerada de cobertura**”.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es por un medicamento que no consiguió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya ha comprado.
- Su salud o capacidad funcional se verían gravemente perjudicadas si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro médico recetador nos indica que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, estaremos de acuerdo y se la daremos. Le enviamos una carta que se lo informa.

- Si solicita una decisión rápida de cobertura sin el apoyo de su médico u otro médico recetador, nosotros decidimos si usted obtiene una decisión rápida de cobertura.
- Si decidimos que su estado de salud no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos en su lugar los plazos estándar.
 - Le enviamos una carta que se lo informa. La carta también le indica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una denuncia rápida y obtener una respuesta en 24 horas. Para más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en las 24 horas siguientes a la recepción de su apelación. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas tras recibir la declaración justificativa de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos 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 proporcionaremos la cobertura en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o de la declaración justificativa de su médico.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta en las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas tras recibir la declaración justificativa de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



- Si no cumplimos este plazo, enviamos 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 proporcionaremos la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud o de la declaración justificativa de su médico para una excepción.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos 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 devolveremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

G5. Presentar una apelación de nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de Medicare Parte D se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Inicie su apelación **estándar** o **rápida** llamando al 1-866-567-7242 o TTY 711, escribiéndonos o enviándonos un fax. Puede hacerlo usted, su representante o su médico (u otro médico recetador). Incluya su nombre, datos de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación en el **plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si se pasa el plazo y tiene una buena razón para ello, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de buenas razones se incluye que haya tenido una enfermedad grave o que le hayamos dado una información errónea sobre el plazo. Explique el motivo del retraso cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden facilitarnos más información en apoyo de su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una “apelación rápida” también se llama “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que no ha obtenido, usted y su médico u otro médico recetador decidirán si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión rápida de cobertura. Consulte la **sección G4** para obtener más información.

Estudiamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Comprobamos si cumplimos las normas cuando dijimos **No** a tu petición.
- Podemos comunicarnos con su médico u otro médico recetado para obtener más información.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

Plazos para una apelación rápida de nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en las 72 horas** siguientes a la recepción de su apelación.
 - Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. A continuación, una IRO lo revisa. 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 proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. A continuación, una IRO lo revisa. Consulte la **sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.

Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero **no más tarde de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que haya comprado **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.
- Debemos comunicarle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró en **un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 horas, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. A continuación, una IRO lo revisa. 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 devolverle el dinero en un plazo de 30 días calendario.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. 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, utilice el proceso de apelación de nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando dijimos **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



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 o su médico u otro médico recetador deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que **no** a su apelación de nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar una apelación de nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación a la IRO, enviamos a la organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente”. **Tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a facilitar a la IRO información adicional en apoyo de su apelación.

La IRO revisa su apelación de nivel 2 de Medicare Parte D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida de nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta en las **72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si la respuesta es **afirmativa** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada **en un plazo de 24 horas** tras recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar de nivel 2

Si presenta una apelación estándar de nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que no ha recibido.
- **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de su apelación por reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado **en un plazo de 72 horas** tras recibir la decisión de la IRO.
- Debemos pagar el medicamento que compró en un plazo de 30 días calendario tras recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con que nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “confirmar 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 inferior al mínimo exigido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión del nivel 2 de apelación es definitiva. La IRO le envía una carta en la que le indica el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple el requisito, usted decide si quiere seguir adelante con su 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 los requisitos para continuar el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una apelación de nivel 3.
 - Consulte la carta que la IRO le envió después de su apelación de nivel 2 para obtener información sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

H. Pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más larga

Cuando lo ingresan en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte **el capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararlo para el día en que abandone el hospital. También lo ayudan a organizar la atención que puede necesitar después de marcharse.

- El día que abandona el hospital se llama “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le piden que abandone el hospital demasiado pronto o le preocupan la atención que recibirá después de salir del hospital, puede pedir una estadía hospitalaria más larga. En esta sección se explica cómo preguntar.

H1. Conozca sus derechos en Medicare

En los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un asistente social, le entregará un aviso por escrito titulado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan en un hospital.

Si no recibe la notificación, solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, puede llamar a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de esta página. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea atentamente el aviso** y pregunte si no lo entiende. El aviso le informa de sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:
 - Obtener los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Saber en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - Participar en cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Saber dónde comunicar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
 - Apelar si cree que le dan el alta demasiado pronto.
- **Firme la notificación** para demostrar que la ha recibido y que conoce sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar la notificación.
 - Firmar la notificación **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que le haya dicho su médico o el personal del hospital.
- **Conserve su copia** de la notificación firmada para disponer de la información si la necesita.

Si firma la notificación más de dos días antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Si lo desea, puede consultar previamente una copia de la notificación:

- Llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Presentar una apelación de nivel 1

Si quiere que cubramos sus servicios de hospitalización durante más tiempo, presente una apelación.

La Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) revisa la apelación de nivel 1 para averiguar si su fecha de alta prevista es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos comprueban y ayudan a mejorar la calidad para los beneficiarios de Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Minnesota, la QIO es Livanta. Llame al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). La información de contacto también está en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame al QIO antes de abandonar el hospital y no más tarde de la fecha prevista del alta.

- **Si llama antes de irse**, puede quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta sin pagar por ello 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 prevista del alta, es posible que pague todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.
- Llame a la Senior LinkAge Line al 1-800-333-2433 o los usuarios de TTY retransmisión de MN al **711**.

Pida 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 ocurre durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha prevista del alta. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les han facilitado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá una carta con su fecha de alta prevista. En la carta también se explican las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que esa es la fecha de alta médicamente adecuada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es **“Notificación detallada de alta”**. Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede consultar por un ejemplo de notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

En el plazo de un día completo tras recibir toda la información necesaria, la QIO le dará una respuesta a su apelación.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes *(de abril a septiembre)*; de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana *(de octubre a marzo)*. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos de hospitalización mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Creen que su fecha prevista de alta es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios terminará a mediodía del día siguiente al que la QIO responda a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente al que la QIO responda a su apelación.
- Puede presentar una apelación de nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta.

H3. Presentar una apelación de nivel 2

En una apelación de nivel 2, usted le pide a la QIO que reconsidere la decisión que tomó en su apelación de nivel 1. Llame al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la QIO **rechazó** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención médica.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Comunicarán su decisión sobre la apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los gastos de hospitalización desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su apelación de nivel 1.
- Le proporcionaremos los servicios cubiertos de hospitalización mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre la apelación de nivel 1 y no la modificarán.
- Le entregan una carta en la que se le indica lo que puede hacer si desea continuar el proceso de apelación y presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

I. Pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos

Esta sección solo trata sobre tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de atención médica en el hogar;
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada; **y**
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Esto suele significar que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir los servicios cubiertos mientras el médico diga que los necesita.

Cuando decidamos dejar de cubrir alguno de ellos, debemos comunicárselo **antes de que** finalicen sus servicios. Cuando finaliza la cobertura de ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo pedir una apelación.

11. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Se llama “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso le informa de la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar la notificación para demostrar que la han recibido. Firmar la notificación solo demuestra que ha recibido la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

12. Presentar una apelación de nivel 1

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de apelación de nivel 1 y sobre lo que debe hacer.

- **Cumplir los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y respete los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si cree que no cumplimos nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.
 - Llame a la Senior LinkAge Line al 1-800-333-2433 o los usuarios de TTY retransmisión de MN al 711.
- **Comuníquese con la QIO.**
 - Consulte la **sección H2** o el **capítulo 2** de su *Manual para miembros*, para obtener más información sobre la QIO y cómo contactarlos.
 - Pídeles que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación rápida”.** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

El término legal para la notificación por escrito es “**Notificación de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una muestra, puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O consiga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué ocurre durante una apelación rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que nuestro plan les ha facilitado.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican los motivos por los que finaliza la cobertura de sus servicios. Recibirá la notificación al final del día en que los revisores nos informen de su 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 tras obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar los gastos de esta atención en la fecha indicada en la notificación.
- Usted mismo paga el costo total de estos cuidados si decide continuar con la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios CORF después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presenta una apelación de nivel 2.

I3. Presentar una apelación de nivel 2

En una apelación de nivel 2, usted le pide a la QIO que reconsidere la decisión que tomó en su apelación de nivel 1. Llame al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la QIO **rechazó** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa con la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención médica.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Comunicarán su decisión sobre la apelación de nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura.
- Le proporcionaremos cobertura mientras sea médicamente necesaria.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a sus cuidados y no la cambiarán.
- Le entregan una carta en la que se le indica lo que puede hacer si desea continuar el proceso de apelación y presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.



J. Llevar su apelación más allá del nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare

Si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que ha apelado no alcanza un determinado importe mínimo en dólares, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar el proceso de apelación. La carta que reciba de la IRO para su apelación de nivel 2 le explica con quién debe comunicarse y qué tiene que hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Apelación de nivel 3

El nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante 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 abogado adjudicador **acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que le sea favorable.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos que la acompañen. Podemos esperar a la decisión de apelación de nivel 4 de antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
 - Si el ALJ o abogado adjudicador **rechaza** su apelación, puede que el proceso de apelación no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para 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 forma parte del Gobierno Federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de nivel 3 que lo favorece a usted, tenemos derecho a apelar al nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o deniega nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelación puede no haber terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí o No**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

J2. Apelaciones adicionales de atención médica

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que Medical Assistance normalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencias de apelación estatal le indicará qué debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si no está de acuerdo con la resolución del proceso de Apelación estatal, puede apelar ante el Tribunal de Distrito de su condado llamando al secretario del condado. Tiene 30 días para presentar una apelación ante el Tribunal de Distrito.

Para obtener ayuda en cualquier instancia del proceso, puede llamar al Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada al 651-431-2660 o al 1-800-657-3729, los usuarios de TTY retransmisión de MN deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido.

J3. niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y otra de nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado alcanza un determinado importe en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. La respuesta escrita que reciba a su apelación de nivel 2 le explicará 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 ante 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 abogado adjudicador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado en un plazo de 72 horas (o 24 horas en caso de apelación acelerada) o efectuar el pago antes de que transcurran 30 días calendario desde la recepción de la decisión.

Si el ALJ o abogado adjudicador **rechaza** su apelación, puede que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si **decide aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno Federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado en un plazo de 72 horas (o 24 horas en caso de apelación acelerada) o efectuar el pago antes de que transcurran 30 días calendario desde la recepción de la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación, puede que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si **decide aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará si puede pasar a una apelación de nivel 5 y qué debe hacer.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No hay otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja**K1. Qué tipo de problemas deben ser quejas**

El procedimiento de queja solo se utiliza para determinados tipos de problemas, como los relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio de atención al cliente. He aquí ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• No está satisfecho con la calidad de la atención recibida, por ejemplo, en el hospital.
Respeto de su intimidad	• Cree que alguien no respetó tu derecho a la intimidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mala atención al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor de atención médica o el personal fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que lo están echando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No puede acceder físicamente a los servicios y las instalaciones médicas en un consultorio del médico o proveedor. • El médico o proveedor no le proporciona un intérprete a las personas que no hablan inglés (como el lenguaje de signos americano o español). • Su proveedor no le ofrece otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.
Limpieza	• Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que recibirá de nosotros	• Cree que no le hemos entregado una notificación o carta que debería haber recibido. • Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad de las decisiones de cobertura o las apelaciones	• Cree que no cumplimos los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Cree que, tras obtener una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobar o prestarle el servicio o reembolsarle determinados servicios médicos. • Cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Hay distintos tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Se presenta una queja interna ante nuestro plan y estos la examinan. Una reclamación externa se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y estos la examinan. Para obtener ayuda para presentar una queja interna y/o una queja externa, puede llamar al Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada al 651-431-2660 o al 1-800-657-3729, los usuarios de TTY retransmisión de MN deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido.

El término legal para “queja” es **“reclamo”**.

El nombre formal de “presentar una queja” es **“presentar un reclamo”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de Medicare Parte D. Si la queja se refiere a un medicamento de Medicare Parte D, debe presentarla **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema por el que quiere reclamar.

- Si tiene que hacer algo más, Servicios para Miembros se lo indicará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Grievance and Appeals Department
South Country Health Alliance
6380 W Frontage Rd
Medford, MN 55049

El nombre formal de “queja rápida” es **“reclamo acelerado”**.

Si es posible, le contestamos enseguida. Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionamos una actualización del estado y un plazo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque le hemos denegado su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, le concedemos automáticamente una “queja rápida” y respondemos a su queja en 24 horas.
- Si presenta una queja porque hemos tardado más tiempo en tomar una decisión de cobertura o apelación, le concedemos automáticamente una “queja rápida” y respondemos a su queja en 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o la totalidad de su queja, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Respondemos tanto si estamos de acuerdo con la queja como si no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede comunicar su queja a Medicare o enviarla a Medicare. El formulario de reclamación de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. No es necesario que presente una queja a SeniorCare Complete antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare se toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Si tiene algún otro comentario o duda, 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 comunicar su queja al Departamento de Salud de Minnesota

Managed Care Systems
P.O. Box 64882
St. Paul, MN 55164-0882

También puede presentar una queja en www.health.state.mn.us/facilities/insurance/clearinghouse/complaints

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja a la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si cree que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la asistencia lingüística. 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 el sitio web www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR en:

Office of Civil Rights, Midwest Region, at 233 N. Michigan Ave., Suite 240,
Chicago, IL 60601. Llame al 1-800-368 -1019, envíe un fax al 1-202-619-3818 o un correo electrónico a ocrmail@hhs.gov

También puede tener derechos en virtud de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Puede llamar a Defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada para recibir ayuda. El número de teléfono es 651-431-2660 o 1-800-657-3729 o TTY retransmisión de MN 711, o utilice su servicio de retransmisión preferido.

QIO

Cuando su queja se refiere a la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja a la QIO y a nuestro plan. Si presenta una queja a la QIO, colaboramos con ella para resolverla.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la salud pagados por el gobierno federal para comprobar y mejorar la atención prestada a los pacientes de Medicare. Consulte la **sección H2** o el **capítulo 2** de su *Manual para miembros*, para obtener más información sobre la QIO.

En Minnesota, la QIO es Livanta. El número de teléfono de Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Capítulo 10: Finalización de su inscripción a nuestro Plan

Introducción

En este capítulo se explica cómo puede cancelar su inscripción a nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de darse de baja. Si se da de baja de nuestro plan, seguirá perteneciendo a los programas Medicare y Medical Assistance mientras cumpla los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

- A. **Cuándo puede darse de baja en nuestro plan144**
- B. **Cómo darse de baja en nuestro plan144**
- C. **Cómo obtener los servicios de Medicare y Medical Assistance por separado145**
 - Tiene opciones para recibir los servicios de Medicare y Medical Assistance si decide abandonar nuestro plan 145
 - C1. Sus servicios de Medicare 145
 - C2. Sus servicios de Medical Assistance 148
- D. **Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su inscripción a nuestro plan148**
- E. **Otras situaciones en las que finaliza su inscripción a nuestro plan149**
- F. **Normas contra pedirle que abandone nuestro plan por algún motivo relacionado con la salud150**
- G. **Su derecho a reclamar si lo damos de baja en nuestro plan150**
- H. **Cómo obtener más información sobre la finalización de su inscripción al plan150**



A. Cuándo puede darse de baja en nuestro plan

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden darse de baja durante determinados períodos del año. Como usted tiene Medical Assistance, tiene algunas opciones para darse de baja a nuestro plan cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su inscripción en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **período de inscripción anual**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un plan nuevo durante este período, su inscripción en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su inscripción al plan nuevo comenzará el 1 de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho. Si elige un plan nuevo durante este período, su inscripción al plan nuevo comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que tenga derecho a realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, en estos casos:

- se mudó fuera de nuestra zona de servicio;
- ha cambiado su elegibilidad para Medical Assistance o para recibir ayuda adicional; o
- se ha mudado recientemente, está recibiendo cuidados en o acaba de salir de un centro de enfermería o un hospital de atención a largo plazo.

Su inscripción finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **sección C1** de este capítulo.
- Servicios de Medical Assistance de la **sección C2** de este capítulo.
- Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página. También figura el número para usuarios de TTY.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433, los usuarios de TTY retransmisión de MN deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido. Estas llamadas son gratuitas. En Minnesota, el programa SHIP se llama Senior LinkAge Line®.

NOTA: Si está en un programa de gestión de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre los programas de gestión de medicamentos.

B. Cómo darse de baja en nuestro plan

Si decide darse de baja, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Original Medicare. No obstante, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare distinto, deberá solicitar la baja en nuestro plan. Puede solicitar la baja de dos maneras:

- Puede solicitarlo por escrito. Para obtener más información sobre cómo darse de baja, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de esta página.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan en la tabla de la **sección C** de este capítulo.
- En la **sección C** se indican los pasos que puede seguir para inscribirse en otro plan, lo que también pondrá fin a su inscripción a nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medical Assistance por separado

Tiene opciones para recibir los servicios de Medicare y Medical Assistance si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene cuatro opciones para recibir los servicios de Medicare que se indican a continuación durante cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante determinados períodos del año, incluido el **período de inscripción anual** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la sección A. Al elegir una de estas opciones, finaliza automáticamente su inscripción en nuestro plan.

1. Puede cambiar a: Otro plan que le proporcione Medicare, y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medical Assistance en un solo plan, también conocido como plan integrado para necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP).	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: ▪ Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY retransmisión de MN deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, el SHIP se llama Senior LinkAge Line®. Estas llamadas son gratuitas. O BIEN Inscríbase en un nuevo plan D-SNP integrado. Se lo dará de baja automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su plan nuevo. Si decide abandonar nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para sus servicios de Medical Assistance, si es que nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado. Puede solicitar, por escrito, que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de la inscripción en el MSHO de nuestro plan. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, se le inscribirá en el plan MSC+ disponible en su condado. Comuníquese con el trabajador financiero del condado si tiene dudas. Si actualmente tiene un gasto médico y elige dejar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. No se lo inscribirá en otro plan de salud para los servicios de Medical Assistance.
--	---

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes *(de abril a septiembre)*; de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana *(de octubre a marzo)*. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



2. Puede cambiar a:

Original Medicare con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY retransmisión de MN deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, el SHIP se llama Senior LinkAge Line®. Estas llamadas son gratuitas.

O BIEN

Inscríbase a un plan nuevo de medicamentos recetados de Medicare.

Se lo dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Si decide abandonar nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para sus servicios de Medical Assistance, si es que nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado.

Puede solicitar, por escrito, que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de la inscripción en el MSHO de nuestro plan. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, se le inscribirá en el plan MSC+ disponible en su condado.

Comuníquese con el trabajador financiero del condado si tiene dudas. Si actualmente tiene un gasto médico y elige dejar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. No se lo inscribirá en otro plan de salud para los servicios de Medical Assistance.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes *(de abril a septiembre)*; de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana *(de octubre a marzo)*. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

3. Puede cambiar a: Original Medicare sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare. NOTA: Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no desea inscribirse. Solo debe darse de baja de la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene dudas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Senior LinkAge Line® al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). Si desea obtener más información o encontrar una oficina local de Senior LinkAge Line® en su zona, visite www.seniorlinkageline.com.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: ▪ Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY retransmisión de MN deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, el SHIP se llama Senior LinkAge Line®. Estas llamadas son gratuitas. Se lo dará de baja automáticamente de SeniorCare Complete cuando comience la cobertura de Original Medicare. Si decide abandonar nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para sus servicios de Medical Assistance, si es que nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado. Puede solicitar, por escrito, que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de la inscripción en el MSHO de nuestro plan. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, se le inscribirá en el plan MSC+ disponible en su condado. Comuníquese con el trabajador financiero del condado si tiene dudas. Si actualmente tiene un gasto médico y elige dejar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. No se lo inscribirá en otro plan de salud para los servicios de Medical Assistance.
--	--



4. Puede cambiar a:

Cualquier plan de salud de Medicare durante determinados períodos del año, incluido el **período de inscripción anual** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la sección A.

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY retransmisión de MN deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, el SHIP se llama Senior LinkAge Line®. Estas llamadas son gratuitas.

O BIEN

Inscribirse a un plan nuevo de Medicare.

Se lo dará de baja automáticamente de nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su plan nuevo.

Si decide abandonar nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para sus servicios de Medical Assistance, si es que nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado.

Puede solicitar, por escrito, que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de la inscripción en el MSHO de nuestro plan. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, se le inscribirá en el plan MSC+ disponible en su condado.

Comuníquese con el trabajador financiero del condado si tiene dudas. Si actualmente tiene un gasto médico y elige dejar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. No se lo inscribirá en otro plan de salud para los servicios de Medical Assistance.

C2. Sus servicios de Medical Assistance

Si abandona nuestro plan, se lo inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) para sus servicios de Medical Assistance.

Puede solicitar, por escrito, que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de la inscripción en el MSHO de nuestro plan. Comuníquese con el trabajador financiero del condado si tiene dudas.

Si actualmente tiene un gasto médico y elige dejar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. No se lo inscribirá en otro plan de salud para los servicios de Medical Assistance.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su inscripción a nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede transcurrir algún tiempo antes de que finalice su inscripción y comience su nueva cobertura de Medicare y Medical Assistance. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos recetados y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestra red de proveedores para recibir atención médica.
- Utilice nuestra red de farmacias para obtener sus recetas.
- Si es hospitalizado el día en que finaliza su inscripción a SeniorCare Complete, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta. Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su inscripción a nuestro plan

Estos son los casos en los que SeniorCare Complete debe poner fin a su inscripción al plan:

- Si se interrumpe su cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Si ya no reúne los requisitos para recibir Medical Assistance. Nuestro plan es para las personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como para Medical Assistance.
 - Si tiene Medicare y deja de reunir los requisitos para recibir Medical Assistance, nuestro plan seguirá proporcionándole los beneficios del plan durante un máximo de tres meses.
 - Si transcurridos los tres meses no ha recuperado la Medical Assistance, finalizará la cobertura con nuestro plan.
 - Deberá elegir un nuevo plan de la Parte D de Medicare para seguir recibiendo cobertura de los medicamentos cubiertos por Medicare.
 - Si necesita ayuda, puede llamar a Senior LinkAge Line® al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY MN Relay 711 deben llamar al 711 o utilizar su servicio de retransmisión preferido). Estas llamadas son gratuitas.
- Si se mudó fuera de nuestra zona de servicio.
- Si se ausenta de nuestra zona de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano estadounidense o no se encuentra legalmente en Estados Unidos.
 - Para inscribirse a nuestro plan, debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en Estados Unidos.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Debemos darle de baja si no cumple este requisito.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por los siguientes motivos únicamente si antes obtenemos el permiso de Medicare y Medical Assistance:

- Si nos facilita intencionadamente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad a nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de forma disruptiva y nos dificulta la prestación de atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica. (Medicare puede pedir al Inspector General que investigue su caso si lo damos de baja por este motivo).

F. Normas contra pedirle que abandone nuestro plan por algún motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, **llame a Medicare** al 1 800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, 7 días a la semana.

G. Su derecho a reclamar si lo damos de baja en nuestro plan

Si cancelamos su inscripción a nuestro plan, debemos comunicar por escrito los motivos. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o queja sobre nuestra decisión de poner fin a su inscripción. También puede consultar **el capítulo 9** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su inscripción al plan

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su inscripción, puede llamar a Servicios para Miembros, al número que figura al final de esta página.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su inscripción a nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

- A. Aviso sobre las leyes151
- B. Aviso sobre la no discriminación151
- C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y la Asistencia Médica como pagador de último recurso151

A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades aunque no estén incluidas o explicadas en el *Manual para miembros*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales sobre los programas Medicare y Medical Assistance. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos ni lo tratamos de forma diferente por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no lo tratamos de forma diferente por su estado civil, condición médica, creencias políticas, estado de asistencia pública o recepción de servicios médicos.

Si desea más información o le preocupa la discriminación o el trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar el sitio web www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles, Región del Midwest, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601. También puede llamar a los números gratuitos arriba indicados, enviar un fax al 1-202-619-3818 o un correo electrónico a ocrmail@hhs.gov.
- Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios médicos o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, como problemas de acceso con silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y la Asistencia Médica como pagador de último recurso

A veces, otra persona debe pagar primero por los servicios que prestamos. Por ejemplo, si tiene un accidente de coche o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación para trabajadores debe pagar primero. Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los que Medicare no es el primer pagador. Cumplimos las leyes y normativas federales y estatales relativas a la responsabilidad legal de terceros por los servicios médicos prestados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medical Assistance sea el pagador de último recurso.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



ESTA PÁGINA QUEDA
INTENCIONALMENTE
EN BLANCO



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave utilizados a lo largo de este *Manual para miembros* con sus definiciones. Los términos se enumeran por orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o si necesita más información de la que incluye la definición, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

Acceso directo a servicios: puede acudir a cualquier proveedor en la red del plan para obtener estos servicios. No necesita una remisión ni una autorización previa antes de recibir los servicios.

Acciones: Entre ellas figuran:

- Denegación o autorización limitada del tipo o el nivel de servicio
- Reducción, suspensión o cancelación de un servicio que se había aprobado previamente
- Denegación de todo el pago o de parte del pago por un servicio
- Falta de prestación de servicios en un tiempo razonable
- Denegación de la solicitud de un miembro para obtener servicios fuera de la red, en el caso de miembros que vivan en un área rural con solo un plan de salud

Actividades de la vida diaria (ADL): las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Afiliado a Medicare-Medical Assistance: persona que reúne los requisitos para recibir la cobertura de Medicare y Medical Assistance. Una persona inscrita en Medicare-Medical Assistance también se denomina “persona beneficiaria con doble elegibilidad”.

Apelación: una forma de objetar nuestro accionar si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **capítulo 9** de este *Manual para miembros* se explican las apelaciones, incluido cómo presentarlas.

Apelación estatal: si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medical Assistance que no aprobamos, o no seguimos pagando un servicio de Medical Assistance que ya tiene, puede solicitar una audiencia. Si la audiencia se resuelve a su favor, debemos prestarle el servicio que solicitó. Debe solicitar la audiencia por escrito. Puede pedir una audiencia si no está de acuerdo con lo siguiente:

- Denegación, finalización o reducción de servicios
- Inscripción al plan
- Denegación total o parcial de una demanda por un servicio
- Nuestra falta de acción en los plazos requeridos para autorizaciones previas y apelaciones
- Cualquier otra acción

Área de servicio: zona geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si limita la inscripción en función del lugar de residencia de las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales a los que puede acudir, suele tratarse del área en la que puede recibir servicios de rutina (no de urgencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.



Asistente de salud a domicilio: persona que presta servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta titulado, como ayuda con los cuidados personales (como bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los asistentes de salud a domicilio no tienen licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Atención ambulatoria en el hospital: Atención en un hospital que no suele requerir que se quede a pasar la noche. Una noche en observación podría ser atención ambulatoria.

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 conductual.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): cuidados de enfermería especializada y servicios de rehabilitación prestados de forma continua y diaria, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidados en un centro de enfermería especializada son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar un enfermero titulado o un médico.

Atención médica en el hogar: servicios de atención médica por una enfermedad o una lesión que se brindan en el hogar o en la comunidad donde el miembro vive y realiza sus actividades.

Atención necesaria de urgencia: atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no califica como emergencia, pero que debe atenderse de inmediato. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a ellos porque, dada la hora, el lugar o las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos por una afección no vista, pero que no es una urgencia médica).

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medicaid que no aprobamos, o no seguimos pagando un servicio de Medicaid que ya tiene, puede solicitar una audiencia. Si la audiencia estatal se resuelve a su favor, debemos prestarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (PA): una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización previa.

- Los servicios cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan se indican en el **capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene nuestra autorización previa.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Aviso de acción: un formulario o una carta que le enviamos para informarle nuestra decisión sobre una demanda, un servicio u otra acción o medida tomada por nuestro plan. También se denomina denegación, finalización o reducción (DTR).

Ayuda adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” (LIS).

Baja: proceso por el que finaliza su inscripción a nuestro plan. La baja puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (por decisión ajena).



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Biosimilar: producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilares intercambiables”).

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Capacitación en competencia cultural: instrucción adicional para nuestros profesionales de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus orígenes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Centro de cuidados terminales: programa de cuidados y apoyo para ayudar a que las personas con pronóstico terminal vivan cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- El afiliado con un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados terminales.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente formados atiende a la persona de forma completa, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a facilitarle una lista de proveedores de cuidados terminales en su zona geográfica.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de enfermería con el personal y el equipamiento necesarios para prestar cuidados de enfermería especializados y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios médicos relacionados.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): centro que presta principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece diversos servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal encargada de Medicare. En el **capítulo 2** de este *Manual para miembros* se explica cómo contactarse con los CMS.

Clínica de atención primaria (PCC): el centro donde recibe la mayoría de los servicios médicos que necesita, como los chequeos anuales, y ayuda a coordinar su atención. Es posible que tenga que elegir una clínica de atención primaria cuando se inscriba en nuestro plan.

Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo): consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo forma parte del Gobierno federal.

Coordinador de atención: una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que recibe la atención que necesita.

Costo de bolsillo: el requisito de gastos compartidos para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de gastos “de bolsillo”. Consulte la definición de “gastos compartidos” más arriba.

Cuidados paliativos: los cuidados paliativos ayudan a las personas con enfermedades graves a sentirse mejor. Previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento. Los cuidados paliativos también tratan los problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que las enfermedades pueden generar.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.



Los cuidados paliativos pueden administrarse al mismo tiempo que los tratamientos destinados a curar o tratar la enfermedad. Los cuidados paliativos pueden administrarse cuando se diagnostica la enfermedad, a lo largo del tratamiento, durante el seguimiento y al final de la vida.

Decisión de cobertura: decisión sobre las prestaciones que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el importe que pagaremos por sus servicios médicos. En el **capítulo 9** de este *Manual para Miembros* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Defensor del pueblo: una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder a sus preguntas si tiene algún problema o queja, y ayudarlo a saber qué hacer. Los servicios del Defensor del pueblo son gratuitos. Encontrará más información en los **capítulos 2 y 9** de este *Manual para miembros*.

D-SNP integrado: plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud para determinados grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se denominan personas con doble elegibilidad con beneficios completos.

Dado que pagamos la totalidad del costo de sus servicios, usted **no** debe ningún gasto compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Determinación de la organización: nuestro plan toma una determinación de 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”. En el **capítulo 9** de este *Manual para miembros* se explican las decisiones de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida o la discapacidad de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una dolencia que empeora rápidamente.

Equipo de atención: consulte “Equipo de atención interdisciplinar”.

Equipo de atención interdisciplinar (ICT o equipo de atención): un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están ahí para ayudarlo a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayuda a elaborar un plan de cuidados.

Equipo médico duradero (DME): ciertos artículos que su médico ordena para su uso en su propio hogar. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas.

Estudio de revisión de calidad externa: un estudio sobre cómo se proporcionan la calidad, la puntualidad y el acceso a la atención por parte de SeniorCare Complete. Este estudio es externo e independiente.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): una revisión de su historial médico y su estado actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para utilizar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Facturación indebida/inadecuada: situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico o un hospital) le factura un importe superior a nuestro gasto compartido por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas que no entiende.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Farmacia de la red: farmacias que aceptan surtir recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que adquiere en farmacias fuera de la red, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

Gestión de la Terapia de Medicación (MTM): grupo diferenciado de servicios o conjunto de servicios prestados por proveedores de atención médica, incluidos los farmacéuticos, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5** de su *Manual para miembros*.

Herramienta de prestaciones en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que los miembros pueden consultar información específica para cada miembro sobre medicamentos y beneficios de forma completa, precisa, oportuna y clínicamente adecuada. Esto incluye los importes de los gastos compartidos, los medicamentos alternativos que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hogar o centro para ancianos: un lugar que proporciona atención a personas que no pueden recibirla en casa, pero que no necesitan estar en el hospital.

Hogar para ancianos certificado: La decisión de que necesita el nivel de atención de un hogar para ancianos y convalecientes. Para decidir, un evaluador utiliza un proceso denominado Consulta de atención a largo plazo.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere el ingreso como paciente internado y que suele requerir que se quede a pasar la noche. Una noche en observación podría ser atención ambulatoria.

Información médica personal (también denominada información médica protegida) (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Internación: término utilizado cuando se ingresa formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no se lo ingresa formalmente, puede que se lo siga considerando paciente ambulatorio en lugar de hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Juez de derecho administrativo: un juez que revisa un recurso de nivel 3.

Límites de cantidad: limitación de la cantidad de un medicamento que se puede tomar. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): lista de los medicamentos con receta y de venta sin receta (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos indica si hay alguna norma que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos se denomina a veces “formulario”.

Manual para miembros e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otros documentos seleccionados de cobertura opcional, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Medicaid (o Medical Assistance): programa gestionado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyo a largo plazo y los costos médicos.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



Medical Assistance: este es el nombre del programa Medicaid de Minnesota. Medical Assistance es gestionado por el estado y lo pagan el estado y el gobierno federal. Medical Assistance ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyo a largo plazo y costos médicos.

- Cubre servicios y medicamentos extras que no son cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los gastos médicos están cubiertos si reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicamento necesario: esto describe los servicios, los suministros o los medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que vaya al hospital o a un centro de enfermería. También se refiere a los servicios, los suministros o los medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de práctica médica. La atención médicamente necesaria es apropiada para su afección. Esto incluye la atención relacionada con las afecciones físicas y la salud mental. También comprende el tipo y el nivel de servicios. Incluye la cantidad de tratamientos. También incluye el lugar donde recibe los servicios y el tiempo que continuarán. Los servicios médicamente necesarios deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Son servicios que otros proveedores pedirían habitualmente.
- Lo ayudarán a mejorar o a mantener su nivel de bienestar.
- Lo ayudarán a evitar que su afección empeore.
- Lo ayudarán a prevenir y encontrar problemas de salud.

Medicamentos con receta: drogas y medicamentos que solo pueden dispensarse con una orden dada por una persona debidamente autorizada.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta y de venta sin receta (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Medicamento de marca: medicamento de venta con receta fabricado y vendido por la empresa que lo fabricó originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que sus versiones genéricas. Los medicamentos genéricos suelen fabricarlos y venderlos otras empresas farmacéuticas.

Medicamentos de Medicare Parte D: medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de Medicare Parte D. Medical Assistance puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de venta sin receta: los medicamentos de venta sin receta son fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de la salud.

Medicamento genérico: medicamento de venta con receta aprobado por el gobierno federal para su uso en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Suele ser más barato y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener la cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención médica gestionada (consulte la sección “Plan de salud”).



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Medicare Advantage: programa de Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “MA”, que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Medicare Parte A: el programa de Medicare que cubre la mayor parte de los cuidados médicamente necesarios en hospitales, centros de enfermería especializada, atención médica en el hogar y cuidados terminales.

Medicare Parte B: el programa de Medicare que cubre los servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Parte C: el programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías privadas de seguros de salud proporcionar los beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Medicare Parte D: programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar. Medicare Parte D cubre los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B o Medical Assistance. Nuestro plan incluye Medicare Parte D.

Miembro (miembro de nuestro plan, o miembro del plan): una persona con Medicare y Medical Assistance que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Minnesota Senior Care Plus (MSC+): un programa en el que el estado contrata planes de salud para cubrir y gestionar servicios atención médica y de exención para personas mayores para los inscritos en Medical Assistance mayores de 65 años.

Minnesota Senior Health Options (MSHO): programa en el que el Estado y los CMS contratan planes de salud, incluido el nuestro, para prestar servicios únicamente a las personas mayores elegibles tanto para Medicare como para Medical Assistance, incluidos los planes cubiertos por MSC+.

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta sin receta son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos se encuentra en uno de los tres niveles.

Organización de revisión independiente (IRO): organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): grupo de médicos y otros expertos de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención a los beneficiarios de Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para que compruebe y mejore la atención prestada a los pacientes. Para obtener más información sobre la QIO, consulte el **capítulo 2** de su *Manual para miembros*.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): el Gobierno ofrece Original Medicare. En Original Medicare, los servicios se cubren pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades que determine el Congreso.

- Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare consta de dos partes: Medicare Parte A (seguro hospitalario) y Medicare Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no desea inscribirse a nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.mnscha.org.



Parte A: consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: consulte “Medicare Parte D”.

Persona con doble elegibilidad: persona que reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare y de Medical Assistance.

Plan de atención: consulte el “Plan de cuidados individualizado”.

Plan de atención individualizada (ICP o plan de atención): un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medical Assistance. Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud: una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También dispone de coordinadores de atención para ayudarlo a gestionar todos los proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita.

Planificación Familiar: información, servicios y suministros que ayudan a las personas a decidir sobre tener o no hijos. Estas decisiones incluyen elegir tener un hijo, cuándo tenerlo, o no tenerlo.

Producto biológico: medicamento de venta con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, 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”).

Programa de asistencia de medicamentos contra el sida (ADAP): programa que ayuda a las personas elegibles con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que pueden salvarles la vida.

Programa de beneficiarios restringidos: un programa para miembros que recibieron atención médica y no han seguido las reglas o han usado los servicios de manera indebida. Si usted es parte de este programa, debe recibir los servicios de salud de un único proveedor de atención primaria designado, una única clínica, un único hospital donde trabaje el proveedor de atención médica y una única farmacia. SeniorCare Complete puede designar a otros proveedores de atención médica. Debe hacerlo durante, al menos, 24 meses de elegibilidad para los Programas de Atención Médica de Minnesota. Los miembros que no sigan las reglas del programa deberán continuar en el programa durante 36 meses más. El programa de beneficiarios restringidos no se aplica a los servicios cubiertos por Medicare.

Programa de gestión de medicamentos (DMP): programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opiáceos con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): un programa estructurado de cambio conductual de salud que ofrece formación sobre cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los retos que supone mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Proveedor: el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que prestan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo. Ellos están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para prestar servicios médicos.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que usted acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se aseguran de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano.

- También pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y remitirle a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **capítulo 3** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre cómo obtener atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que prestan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo.

- Ellos están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para prestar servicios médicos.
- Los llamamos proveedores de la red cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago, sin cobrar un monto adicional a nuestros miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe acudir a los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: un proveedor o centro que no está contratado por nuestro plan, no es de su propiedad ni es operado por él, y que no tiene contrato para brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **capítulo 3** de este *Manual para miembros* se explican los proveedores o centros fuera de la red.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos ordenados por su médico u otro profesional de la salud que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para sustituir una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Queja: una declaración escrita o verbal que dice que tiene un problema o una inquietud sobre los servicios cubiertos o la atención cubierta. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.

Queja sobre la calidad de la atención: en este manual, “queja sobre la calidad de la atención” significa una insatisfacción expresa relacionada con los servicios de atención médica que causan un daño potencial o real al miembro. La queja puede ser sobre el acceso, la competencia del proveedor y del personal, la pertinencia clínica de la atención, la comunicación, las conductas, las consideraciones ambientales y del centro, y otros factores que podrían tener un impacto en la calidad de los servicios de atención médica.

Reclamo: Una queja que hace contra nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de la atención o del servicio prestado por su plan de salud.

Remisión: una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para utilizar un proveedor que no sea su PCP. Si primero no obtiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento. No necesita una remisión para acudir a determinados especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Encontrará más información sobre las remisiones en los **capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*.

Salud conductual: término que engloba los trastornos mentales y por consumo de sustancias.



Seguridad de ingreso suplementario (SSI): prestación mensual que abona la Seguridad Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de la SSI no son las mismas que los de la Seguridad Social.

Servicios cubiertos: término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyo a largo plazo, suministros, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B.

Servicios de acceso abierto: las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o una agencia de planificación familiar para recibir los servicios de acceso abierto, incluso si no forman parte de la red del plan.

Servicios de estabilización de vivienda: servicios que ayudan a las personas con discapacidades, entre ellas enfermedades mentales y trastornos por consumo de sustancias, y a personas mayores a encontrar una vivienda y a mantenerla. El objetivo de estos servicios es brindar apoyo a la persona en su transición a la vivienda, aumentar la estabilidad a largo plazo de la vivienda en la comunidad y evitar futuros períodos de indigencia o institucionalización.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que recibe para poder recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Para obtener más información sobre servicios de rehabilitación, consulte el **capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

Servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS): servicios adicionales que se prestan para ayudarlo a permanecer en su domicilio.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios médicos: servicios de atención médica que brinda o coordina un médico con licencia según la ley estatal (doctor en medicina [M.D.] o doctor en medicina osteopática [D.O.]).

Servicios para Miembros: departamento de nuestro plan encargado de responder a sus preguntas sobre inscripción, beneficios, reclamos y apelaciones. Para obtener más información sobre Servicios para Miembros, consulte el **capítulo 2** de su *Manual para miembros*.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyo a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su casa para que no tenga que ir a un hogar para ancianos o a un hospital.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Terapia escalonada: norma de cobertura que le obliga a probar otro medicamento antes de que cubramos el que usted solicita.

Traslado médico de emergencia: servicios de ambulancia, ya sea por tierra o por aire, para una afección médica de emergencia.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.

ESTA PÁGINA QUEDA
INTENCIONALMENTE
EN BLANCO



Servicios para Miembros SeniorCare Complete

LLAME AL	1-866-567-7242 Las llamadas a este número son gratuitas Horario de atención: de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (<i>de octubre a marzo</i>); de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (<i>de abril a septiembre</i>). Servicios para Miembros también disponen de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 1-800-627-3529 Este número requiere un equipo telefónico especial, y es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas Horario de atención: de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (<i>de octubre a marzo</i>); de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (<i>de abril a septiembre</i>).
ESCRIBA A	South Country Health Alliance Attn: Member Services 6380 W Frontage Rd Medford, MN 55049
CORREO ELECTRÓNICO	members@mnscha.org
SITIO WEB	www.mnscha.org

Senior LinkAge Line®, SHIP de Minnesota

Senior LinkAge Line® es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare en Minnesota.

LLAME AL	1-800-333-2433 La llamada es gratuita.
TTY	Llame al servicio de retransmisión de Minnesota al 711 o utilice su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.
ESCRIBA A	Minnesota Board on Aging PO Box 64976 St. Paul, MN 55164-0976
SITIO WEB	www.mn.gov/senior-linkage-line