

AbilityCare (HMO D-SNP) Manual para miembros.

1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Su cobertura médica, de servicios y apoyo a largo plazo y de medicamentos de Medicare y Medical Assistance con AbilityCare.



Si tiene preguntas, llame al número gratuito de Servicios para Miembros de AbilityCare: 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711.

El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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
SE HA DEJADO EN BLANCO
INTENCIONADAMENTE

NO ENGLISH



1-866-567-7242

TRS: 711

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you free of charge and without unnecessary delay. Additionally, appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are available free of charge and in a timely manner. Please call the number above or speak to your provider. English

ማሳሰቢያ፡- አማርኛ ተናጋሪ ከሆኑ ፤ ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ካለዎንም ከፍያ እና ካለአላስፈላጊ መዘግየት ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም መረጃን በቀላሉ ለማግኘት በሚያስችል ቅርጽ ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ የመስማት ድጋፍ እና አገልግሎቶች ከክፍያ ነጻ በሆነ እና ግዜውን በጠበቀ መልኩ ማግኘት ይችላሉ። እባክዎ ከላይ ባለው ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ። Amharic

تنبيه: نقدم لمتحدثي اللغة العربية خدمات مساعدة لغوية مجانية وفورية، بالإضافة إلى وسائل وخدمات مساعدة مناسبة، وبصيغة معلومات سهلة بدون تكلفة وبشكل سريع. يرجى التواصل على الرقم الموضح أعلاه أو مراجعة مقدم الخدمة المباشرة. Arabic

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုသူဖြစ်လျှင် အခမဲ့ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ပေးမှု ဝန်ဆောင်မှုများအား မလိုအပ်သည့် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာမှုများ မရှိစေဘဲ သင် အခမဲ့ ရရှိနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် အချက်အလက်များအား အလွယ်တကူ ဝင်ရောက်ရယူနိုင်စေသော ဖောမတ်ပုံစံများဖြင့် ထောက်ပံ့ပေးထားသည့် သက်ဆိုင်ရာ ဖြည့်စွက် ထောက်ပံ့မှုများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့၊ အချိန်မ ရရှိနိုင်စေရန် စီမံပေးထားပါသည်။ ကျေးဇူးပြုပြီး အထက်ဖော်ပြပါ ဖုန်းနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ထောက်ပံ့သူဖြင့် ပြောဆိုဆွေးနွေးပါ။ မြန်မာဘာသာစကား Burmese

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ និងដោយគ្មានការពន្យារពេលមិនចាំបាច់ឡើយ។ លើសពីនេះ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលសមស្របក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានក្នុង ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានគឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ និងទាន់ពេលវេលា។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ ឬនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ ភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) Cambodian (Khmer)

注意：如果您說簡體中文，您可以免費獲得語言協助服務，且不會有不必要的延誤。此外，還能免費及時獲取以無障礙格式提供資訊的適當輔助工具和服務。請撥打上面的電話號碼，或與您的服務提供商溝通。 Cantonese (Traditional Chinese)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition, sans frais et sans délai. En outre, des aides et services auxiliaires appropriés pouvant fournir des informations dans des formats accessibles sont disponibles gratuitement et rapidement. Veuillez appeler le numéro ci-dessus ou contacter votre fournisseur. French

CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus dawb rau koj siv. Koj tsis tas them nqi thiab yuav tsis qeeb. Kuj muaj cuab yeej thiab kev pab los pab koj nyeem cov ntaub ntawv kom yooj yim nkag siab. Koj hu tau rau tus xov tooj saum toj no lossis nrog koj tus kws kho mob tham. Hmong

NO ENGLISH



1-866-567-7242

TRS: 711

ဟ်သုဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤကညီကိၣ်အဃိ, နမၤန့ၢ် ကိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ ဒီးတအိၣ်ဒီး တၢ်မၤယံၢ်မၤနီၢ်သးဘၣ်န့ၣ်လီၤ. အါန့ၢ်အန့ၣ်, တၢ်အိၣ်စ့ၢ်ကီးဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤတဖၣ် လၢကဟ့ၣ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢပုၤအါဂၤန့ၢ်ပၢ်အီၤသ့ လၢတအိၣ်ဒီးအဘျးအလဲ ဒီးချုးဆၢချုးကတိၤန့ၣ်လီၤ. ဝံသးစ့ၤ ကီးနီၣ်ဂံၢ်လၢထး မ့တမ့ၢ် တဲသကိးတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်မၤစၢၤ တက့ၢ်. ကညီကိၣ် Karen

안내: 한국어를 사용하시는 분께는 언어 지원 서비스를 무료로, 지체 없이 제공해 드립니다. 또한, 정보 접근성을 위한 적절한 보조 기구 및 서비스가 무료로, 시의적절하게 제공됩니다. 위에 있는 번호로 전화하시거나 담당자에게 말씀해 주십시오. Korean

ຫຼາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ ບໍ່ມີການຊັກຊ້າ ທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ເຄື່ອງມືຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ບໍລິການເສີມທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ກະລຸນາໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ຫຼື ສົນທະນາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. Lao

HUBADHAA: Yoo Afaan Oromoo dubbattu ta'e, tajaajila gargaarsa turjumaana afaanii biliisaan akkasumas turtii barbaachisaa hin taane hambisu danda'u isiniif dhihaatee jira. Dabalataanis, odeeffannoo haala salphaan argamuu danda'an dhiyeessuuf gargaarsa fi tajaajiloota deeggarsaa qama midhamtootaaf mijatoo ta'an, kaffaltii tokko malee fi yeroo isaa eeggatee kennamu dhihaatee jira. Odeeffanno dabalataaf lakkoofsa armaan oliitti fayyadamuun namoota gargaarsa kana isiniif kennan qunnamaa. Oromo

ВНИМАНИЕ: Если вы разговариваете на русском языке, воспользуйтесь услугами языковой поддержки бесплатно и без лишних проводов. Также бесплатно и незамедлительно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по обеспечению информацией в доступных форматах. Позвоните по указанному выше номеру или обратитесь к своему поставщику услуг. Russian

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, waxaa si bilaash ah kuugu diyaar ah adeegyada caawinada luuqadeed oo aan lahayn daahitaan aan munaasib ahayn. Intaas waxaa dheer, waxaa la heli karaa adeegyada iyo kaabitaanka naafada ee haboon si macluumaadka loogu bixiyo qaabab la adeegsan karo oo bilaash ah laguna bixinayo waqigeeada. Fadlan wac lambarka kore ama la hadal adeegbixiyahaaga. Somali

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición los servicios gratuitos de traducción sin costo alguno y sin demoras innecesarias. Además, se encuentran disponibles de forma gratuita y oportuna ayuda y servicios auxiliares adecuados con el fin de brindarle información en formatos accesibles. Llame al número indicado anteriormente o hable con su proveedor. Spanish

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể được hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí mà không phải chờ đợi lâu. Ngoài ra, các thiết bị hỗ trợ và dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí và kịp thời. Vui lòng gọi số điện thoại phía trên hoặc trao đổi với nhân viên y tế của bạn. Vietnamese

Aviso de derechos civiles

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

- raza
- color
- nacionalidad
- credo
- religión
- orientación sexual
- estado de asistencia pública
- edad
- discapacidad (incluido el impedimento físico o mental)
- sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)
- estado civil
- creencias políticas
- enfermedad
- estado de salud
- recepción de servicios de salud
- experiencia en reclamos
- historial médico
- información genética

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 presentarla en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator

South Country Health Alliance

6380 West Frontage Road, Medford, MN 55049

Número gratuito: 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

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.

EE. UU. Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos

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
- nacionalidad
- 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

Customer Response Center: 800-368-1019, TTY: 800-537-7697

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR)

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

- raza
- color
- nacionalidad
- 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 (número gratuito), 711 o 800-627-3529 (retransmisión de Minnesota), 651-296-9042 (fax)

Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS)

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
- nacionalidad
- religión (en algunos casos)
- edad
- discapacidad (incluido el 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 avisaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si lo hacemos, investigaremos la queja.

El DHS le avisará por escrito el resultado de la investigación. Tiene derecho a apelar nuestra decisión si no está de acuerdo con ella. 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 mencionadas en la queja no podrán contestarle. 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 estadounidenses pueden continuar o comenzar a usar las clínicas de los Servicios de salud para indígenas (IHS) y tribales. No necesitaremos autorización 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) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor de una clínica tribal o de IHS lo deriva a un proveedor de nuestra red, no le solicitaremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes de la remisión.

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 2026. 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 apoyo 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 AbilityCare.

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

Descargos de responsabilidad..... 2

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro..... 3

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 11

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos..... 25

Capítulo 4: Cuadro de beneficios 39

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos para pacientes ambulatorios 87

Capítulo 6: Cuánto debe pagar por los medicamentos de Medicare y Medical Assistance 103

Capítulo 7: Cómo solicitarnos el pago de una factura por servicios o medicamentos cubiertos..... 113

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 119

Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones) 127

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía a nuestro plan..... 161

Capítulo 11: Avisos legales..... 169

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes 171



Descargos de responsabilidad

- ❖ AbilityCare es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con el programa Minnesota Medical Assistance para ofrecer a los miembros los beneficios de ambos programas. La inscripción en AbilityCare depende de la renovación del contrato.
- ❖ Los beneficios o copagos podrían cambiar el 1 de enero de 2027.
- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, red de farmacias o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de antelación.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 AbilityCare, 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 costos mensuales de AbilityCare..... 6**
- I. Este 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 8
 - J3. Lista de medicamentos cubiertos..... 8
 - J4. Explicación de beneficios 9
- K. Mantener actualizado su registro de inscripción 9**
 - K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 10



A. Bienvenido a nuestro plan

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 federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades **y**
- personas con insuficiencia renal terminal (falla renal).

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 se considera ingresos y recursos,
- quién tiene derecho,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas, siempre que respeten 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 elijamos 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 un importe adicional por inscribirse en 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.
- 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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

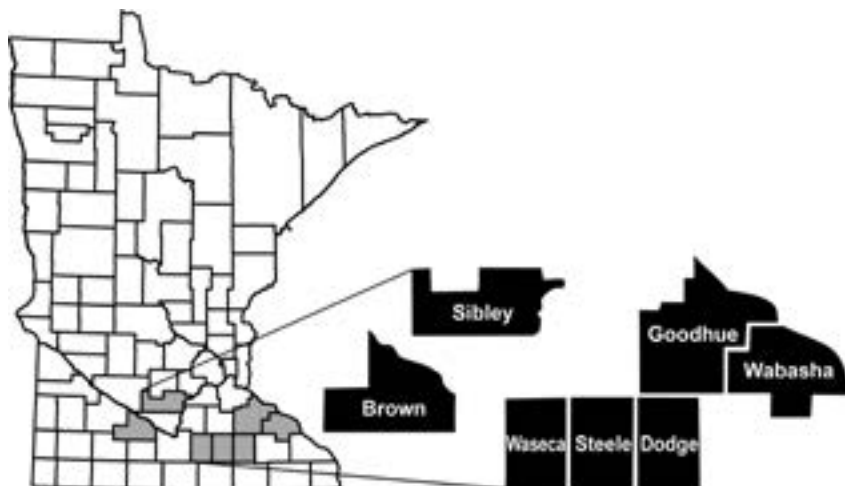
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Se trata de una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudarlo a elaborar un plan de cuidados.
- Usted puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo y coordinador de atención.
- Su equipo y el coordinador 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:
 - » Que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para garantizar que toma los correctos y reducir los efectos secundarios que usted pudiera tener.
 - » Que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

D. Área de servicio de nuestro plan

El área de servicio de nuestro plan incluye estos condados de Minnesota: Brown, Dodge, Goodhue, Sibley, Steele, Wabasha y Waseca.

Solos las personas que viven en nuestra área de servicio se pueden inscribir en 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:

- Vive en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella).
- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en Estados Unidos.
- Tiene derecho a recibir Medical Assistance.
- Tiene entre 18 y 64 años.
- Tiene una discapacidad certificada a través de la Administración del Seguro Social o del equipo de revisiones médicas del estado.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 inscriba por primera vez a nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgos de salud (HRA) en un plazo de 60 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 de salud 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 lo siguiente:

- Sus objetivos médicos.
- 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 costos mensuales de AbilityCare

Nuestro plan no tiene prima.

I. Este *Manual para miembros*

Este *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



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

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).

También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que aparecen 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 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

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 *Lista de medicamentos* o *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 se muestra un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:

En caso 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. Es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). 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**.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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. 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 AbilityCare es nuevo para usted, puede seguir utilizando los médicos que utiliza ahora hasta 120 días por determinados motivos. Para obtener más información, consulte el **capítulo 3, sección B**.

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, personal de enfermería y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios médicos 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 total.

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 emergencia, *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 cubre nuestro plan. Nuestro plan selecciona los medicamentos de la lista con ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 estarán incluidos en su *Lista de medicamentos* a menos que se hayan retirado y reemplazado como se describe en el **capítulo 5, sección E**. Medicare aprobó la *Lista de Medicamentos* de AbilityCare.

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 de Medicare Parte D, le enviamos un informe resumido para ayudarlo a comprender y llevar un control de los pagos de sus medicamentos de Medicare Parte D. 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 de Medicare Parte D y la cantidad total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de Medicare Parte D 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.

K. Mantener actualizado su registro de inscripción

Para mantener actualizado su registro de inscripción, puede avisarnos sobre cualquier cambio en sus datos.

Necesitamos esta información para asegurar que tengamos sus datos correctos en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su historial de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de sus gastos compartidos. Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener sus datos actualizados.

Infórmenos enseguida de lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o 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 del seguro de indemnización por accidente laboral;
- cualquier reclamo de responsabilidad civil, como los derivados de un accidente de automóvil;
- ingresos en un centro de asistencia u hospital;
- atención en un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); y
- participación en un estudio de investigación clínica. (**NOTA:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que pretende participar, pero le recomendamos 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 una residencia de ancianos
- Incorporación o pérdida de un miembro del hogar
- Pérdida o robo de la tarjeta de identificación del Minnesota Health Care Program
- Nuevo seguro: indique las fechas de inicio y finalización
- Nuevo trabajo o cambio en los ingresos

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

La información contenida en su registro 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** de este *Manual para miembros*.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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. Línea de atención de enfermería las 24 horas	15
E. Línea de crisis de salud mental de Minnesota	16
F. Minnesota Aging Pathways.....	16
G. Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)	17
H. Medicare	18
I. Medical Assistance	19
J. Defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada.....	19
K. Oficina del Defensor del pueblo para Atención a largo plazo (OOLTC).....	20
L. Programas de ayuda para el pago de medicamentos.....	20
L1. Ayuda adicional de Medicare.....	20
L2. Programa de asistencia de medicamentos contra el sida (ADAP).....	21
L3. Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	21
M. Seguro Social	22
N. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).....	22
O. Seguro colectivo u otro seguro de una empresa.....	23
P. Otros recursos	23
Disability Hub MN™	23

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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. Servicios para Miembros

LLAME	1-866-567-7242 Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. <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>. Ofrecemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, o use el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita. O BIEN, LLAME AL 1-800-627-3529. Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. <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>Escríbanos solo por decisiones de cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</i> South Country Health Alliance Attention: Prior Authorization 200 Stevens Drive, 4th Floor Philadelphia, PA 19113 <i>Escríbanos solo por apelaciones de cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</i> South Country Health Alliance Attention: Appeals 200 Stevens Drive, 4th Floor Philadelphia, PA 19113 <i>Escríbanos solo por solicitudes de pago de medicamentos con receta 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 con lo siguiente:

- 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 lo siguiente:
 - » Sus beneficios y servicios cubiertos



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 monto que pagamos por sus servicios médicos.
- Llámenos si tiene dudas sobre una decisión de cobertura relacionada con 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 tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos por considerar 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** a continuación).
 - 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/my/medicare-complaint 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
 - » 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 sus medicamentos, consulte el **capítulo 9, sección G**, de este *Manual para miembros*.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de solicitar que modifiquemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación por medicamentos, consulte el **capítulo 9, sección G**, de este *Manual para miembros*.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
 - Si su queja se refiere a una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.



- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja por medicamentos, consulte el **capítulo 9, sección G**, de este *Manual para miembros*.
- Pago de atención médica o medicamentos que ya pagó
 - No permitimos que los proveedores de AbilityCare le facturen estos servicios. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. La excepción es si paga los medicamentos 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	Servicio al Cliente de Delta Dental: 1-866-398-9419. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Ofrecemos servicios de interpretación gratis para 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
- Con preguntas sobre reclamaciones dentales
- Ayuda para programar 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 Servicios para Miembros al número que figura a continuación para que lo ayuden a comunicarse con el coordinador de atención de su condado.

LLAME	1-866-567-7242 Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. <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> . Ofrecemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, o use el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita. O BIEN, LLAME AL 1-800-627-3529. Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. <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> .



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

ESCRIBA A	South Country Health Alliance Attn: Member Services 6380 W Frontage Rd Medford, MN 55049
------------------	---

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

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)
- preguntas sobre transporte
- 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 AbilityCare. 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	Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. La llamada es gratuita. Se atienden llamadas las 24 horas, los 7 días de la semana. Ofrecemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
--------------	---

TTY	711, o use el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita. O BIEN, LLAME AL 1-800-627-3529. Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas se atienden 24 horas al día, 7 días a la semana.
------------	---

Comuníquese con la línea de atención de enfermería

- Con preguntas sobre su salud o las opciones de tratamiento de atención médica
- Si necesita ayuda para entender el significado de sus síntomas
- Para ayudarlo a decidir si debe ir al médico

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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	Llame al número de teléfono correspondiente al condado en el que vive. La llamada es gratuita. Se atienden llamadas las 24 horas, los 7 días de la semana. Ofrecemos servicios de interpretación gratis para 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, LLAME AL 1-800-627-3529. Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe disponer de un equipo telefónico especial para llamar. 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:

- preguntas sobre su salud u opciones de tratamiento de atención médica
- programar una cita para cualquiera de nuestros servicios de salud mental
- intérpretes para clientes de habla no inglesa que necesiten servicios de salud mental
- preguntas sobre los servicios para trastornos por consumo de sustancias

F. Minnesota Aging Pathways

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores formados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Minnesota, el SHIP se llama Minnesota Aging Pathways (antes Senior LinkAge Line).

Minnesota Aging Pathways es un programa independiente estatal (que no tiene conexión con ninguna compañía de seguro o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

LLAME	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
CORREO ELECTRÓNICO	aging.pathways@state.mn.us
SITIO WEB	https://mn.gov/board-on-aging/direct-services/aging-pathways



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Comuníquese con Minnesota Aging Pathways si necesita ayuda con

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores de Minnesota Aging Pathways pueden responder a sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a lo siguiente:
 - conocer sus derechos,
 - entender sus opciones de planes,
 - responder a preguntas sobre el cambio de plan,
 - 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 Commence Health. 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. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con este plan.

LLAME	1-888-524-9900 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y días festivos, de 10:00 a. m. a 4:00 p. m. Buzón de voz disponible las 24 horas
TTY	711 o use el servicio de retransmisión que prefiera. Estas llamadas son gratuitas.
ESCRIBA A	BFCC-QIO Program Commence Health PO BOX 2687 Virginia Beach, VA 23450
SITIO WEB	www.CommenceHealthqio.com

Comuníquese con Commence Health si necesita ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- presentar una queja sobre la atención recibida si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo;
 - cree que su estancia en el hospital termina demasiado pronto; o
 - considera que sus servicios de atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) están terminando demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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. 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). Esta agencia contrata a las organizaciones de Medicare Advantage, entre las que se incluye nuestro plan.

LLAME	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	www.medicare.gov ▪ Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare de su zona, incluido lo que cuestan y los servicios que ofrecen. ▪ Encuentre médicos u otros profesionales de atención médica o proveedores que aceptan Medicare. ▪ Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de “bienestar”). ▪ Obtenga información y formularios de apelación de Medicare. ▪ Obtenga información sobre la calidad de la atención que prestan los planes, hogares para personas mayores, hospitales, médicos, agencias de cuidado en el hogar, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo. ▪ Busque sitios web y números de teléfono útiles. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

I. Medical Assistance

Medical Assistance ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyo a largo plazo 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	Minnesota Department of Human Services Health Care Consumer Support (HCCS) 1-651-297-3862 (área metropolitana de Twin Cities) O bien, llame al 1-800-657-3672 (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.
--------------	---



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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. Estas llamadas son gratuitas.
ESCRIBA A	Department of Human Services of 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. Puede 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 Médica Gestionada también lo ayuda con problemas de servicio o facturación. No está relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME	1-651-431-2660 (área metropolitana de Twin Cities) O bien, llame al 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 llamar. O bien, llame al 711 o use el servicio de retransmisión que prefiera. Estas llamadas son gratuitas.
ESCRIBA A	MN Department of Human Service Ombudsperson for Public Managed Health Care Programs PO Box 64249 St. Paul, MN 55164-0249
CORREO ELECTRÓNICO	dhsombudsperson@state.mn.us
SITIO WEB	www.mn.gov/dhs/managedcareombudsman

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

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

La OOLTC no tiene conexión con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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	1-651-431-2555 (área metropolitana de Twin Cities) O bien, llame al 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 llamar. O bien, llame al 711 o use el servicio de retransmisión que prefiera. Estas llamadas son gratuitas.
ESCRIBA A	Minnesota Office of Ombudsman for Long-Term Care PO Box 64971 St. Paul, MN 55164-0971
CORREO ELECTRÓNICO	mba.ooltc@state.mn.us
SITIO WEB	www.mn.gov/ooltc

L. Programas de ayuda para el pago de medicamentos

La página web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

L1. Ayuda Adicional de Medicare

Dado que reúne los requisitos para recibir Medical Assistance, reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada para obtener esta “Ayuda adicional”.

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

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan dispone de un proceso para ayudarlo a obtener pruebas del monto correcto de su copago. Si ya tiene pruebas del monto correcto, podemos ayudarlo a compartirlas con nosotros.

- Para solicitar ayuda para obtener las mejores pruebas disponibles y aportarlas, puede llamar a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 tengamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto cuando reciba su próximo medicamento con receta. Si paga de más, le devolveremos el monto abonado mediante un cheque o un crédito para futuros copagos. Si la farmacia no ha cobrado su copago y usted tiene una deuda con ella, podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si un estado ha pagado en su nombre, podemos efectuar el pago directamente a dicho estado. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

L2. Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)

El ADAP ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que les salvan la vida. Los medicamentos de Medicare Parte D que también están en el formulario del ADAP cumplen los requisitos para la asistencia de gastos compartidos para medicamentos con receta. 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 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).

L3. Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo por medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a gestionar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos. Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su ADAP, para quienes reúnan los requisitos, es más ventajosa que la participación en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al final de la página o visite www.medicare.gov.

M. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y gestiona la inscripción en Medicare. Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para avisarles.

LLAME	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.
-------	--

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 llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov

N. Junta de Jubilación de Empleados 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 preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Pulse “0” para hablar con un representante de RRB ▪ lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. y ▪ los miércoles de 9:00 a. m. al mediodía. Pulse “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y días 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 llamar. 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 Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre su empresa (o la de su cónyuge o pareja de hecho), los beneficios médicos para jubilados, las primas o sobre el período de inscripción. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre la cobertura de Medicare de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta 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



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta con nuestro plan.

P. Otros recursos

Disability Hub MN™

Una red estatal gratuita de recursos que te ayuda a resolver problemas, navegar por el sistema y planificar tu futuro. Este equipo conoce el funcionamiento de los recursos comunitarios y los programas gubernamentales, y tiene años de experiencia ayudando a la gente a coordinarlos.

LLAME	1-866-333-2466 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00
TTY	Llame al servicio de retransmisión de Minnesota al 711 o utilice su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.
SITIO WEB	www.disabilityhubmn.org

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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
SE HA DEJADO EN BLANCO
INTENCIONADAMENTE



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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: Uso de 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 cuando 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	27
B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	27
C. Su coordinador de atención	28
C1. Definición de coordinador de atención	28
C2. Cómo puede ponerse en contacto con su coordinador de atención	28
C3. Cómo cambiar de coordinador de atención	28
D. Atención de los proveedores.....	29
D1. Atención en una clínica de atención primaria (PCC)	29
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	29
D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan	30
D4. Proveedores fuera de la red	30
E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).....	31
F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias).....	31
G. Servicios de traslados	31
H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica con necesidad urgente o durante una catástrofe	32
H1. Atención en caso de emergencia médica	32
H2. Atención de urgencia	33
H3. Atención durante una catástrofe.....	34
I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubre nuestro plan	34
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	34
J. Cobertura de los servicios médicos en un estudio de investigación clínica.....	34
J1. Definición de estudio de investigación clínica	34
J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	35
J3. Más información sobre estudios de investigación clínica.....	35

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.....35**
 - K1. Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud..... 35
 - K2. Atención en una institución religiosa no médica para servicios de salud..... 36
- L. Equipo médico duradero (DME)36**
 - L1. DME para miembros de nuestro plan 36
 - L2. Titularidad del DME si cambia a Original Medicare 36
 - L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan..... 37
 - L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o a otro plan de Medicare Advantage (MA)..... 37



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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, el personal de enfermería y otras personas que le brindan servicios y atención y están autorizados por el estado, según corresponda. 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 de salud. Estos proveedores se comprometen a aceptar nuestro pago como pago completo. Nosotros nos encargamos de que estos proveedores le presten los servicios cubiertos. 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:

- Esto significa que lo incluimos en nuestro Cuadro de beneficios médicos 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. Comprende la cantidad de tratamientos. Comprende también el lugar donde recibe los servicios y el tiempo que continuarán. Los servicios médicamente necesarios deben cumplir con los siguientes requisitos:
 - Ser los servicios que normalmente pedirían otros proveedores.
 - Ayudarlo a mejorar o a mantenerse como está.
 - Evitar que su enfermedad empeore.
 - Lo ayudarán a prevenir y encontrar problemas de salud.
- **Debe recibir asistencia de proveedores de la red** (para más información, consulte la **sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor el total por los servicios que reciba. Aquí encontrará algunos casos en los que no se aplica esta norma:
 - Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia 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. Si desea información sobre cómo obtener la autorización para utilizar un proveedor fuera de la red, consulte la **sección D4** de este capítulo.



- 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.
- 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 mental o física 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 se encuentra en una fase aguda.
 - Usted recibe servicios de atención médica culturalmente apropiados (excluidos servicios de transporte) y el plan no cuenta con un proveedor de la red con experiencia especial en la prestación de esos servicios de atención médica culturalmente apropiados.
 - 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. Definición de 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, un 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 AbilityCare por trabajadores sociales y enfermeros locales del condado.

C2. Cómo puede comunicarse 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 preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 una 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 una si no lo elige en el momento de la inscripción. El uso de una 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 una PCC no está obligado a utilizarla; puede elegir otra PCC siempre que forme parte de nuestra red.

Si no encuentra una lista de PCC en su área o tiene alguna duda, llame a Servicios para Miembros.

Opción para 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 una nueva 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 consultar con un especialista de la red del plan; sin embargo, se recomienda que se comunique con su clínica de atención primaria (PCC) y avise que se atenderá con otro proveedor de la red.

Si no podemos encontrar un proveedor calificado de la red del plan, debemos emitir una autorización previa permanente para que usted se atienda con un especialista calificado para tratar cualquiera de estas afecciones:

- Una enfermedad crónica (continua).
- Una enfermedad mental o física potencialmente mortal.
- Una enfermedad degenerativa o una discapacidad.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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 otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento con un especialista.

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. Qué sucede si un proveedor se retira de 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 el retiro de su proveedor de nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual se retira de nuestro plan, le notificaremos si se atendió con 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 solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles 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 se entera de que uno de sus proveedores abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor que gestione su atención. Para obtener ayuda, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.
- 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 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), un reclamo sobre la calidad de la atención o ambos. (Para más información, consulte el **capítulo 9**).

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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

- No podemos pagar a un proveedor que no reúna los requisitos para participar en Medicare o Medical Assistance.
- Si se atiende con 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.

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 AbilityCare. 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 hogar 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.

Si desea obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios, llame a Servicios para Miembros.

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 ayudarlo 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 Servicios para Miembros si no tiene una clínica de atención primaria disponible en un radio de 30 millas de su hogar 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:

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 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.

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

H1. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una afección médica que empeora rápidamente. 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 vida y, si está embarazada, pérdida del feto; o
- pérdida o daño grave de funciones corporales; o
- pérdida de un miembro o de la función de un miembro; o
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No hay tiempo suficiente para trasladarla con seguridad a otro hospital antes del parto.
 - Un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o para la de su bebé por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. **No** necesita la aprobación ni la remisión de su PCC. No es necesario utilizar un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, informe a nuestro plan sobre su emergencia.** Hacemos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, normalmente en un plazo de 48 horas. Sin embargo, no pagará los servicios de emergencia 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 emergencia médica

Nuestro plan cubre el servicio de ambulancia cuando el traslado a la sala de emergencias por cualquier otro medio pudiera poner en peligro su salud. 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 emergencia que reciba fuera de Estados Unidos y sus territorios.**

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su estado es estable y la emergencia médica ha terminado. Seguirán tratándolo y se pondrán en contacto con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorar.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 cubre sus cuidados de seguimiento. Si recibe atención de emergencia 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 emergencia si no era una emergencia

A veces puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que usted acuda a un servicio de emergencias y el médico le diga que en realidad no fue una emergencia. Siempre que haya pensado razonablemente que su salud corría grave peligro, cubrimos su atención.

Sin embargo, después de que el médico determine que no había emergencia, cubrimos su atención adicional solo si:

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

H2. Atención de urgencia

La atención de urgencia 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 urgencia en el área de servicio de nuestro plan

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

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

Si no es posible o razonable visitar a un proveedor de la red, teniendo en cuenta la hora, el lugar o las circunstancias, cubriremos 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 los 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 ayudarlo a decidir qué tipo de atención necesita.

Atención de urgencia 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 cubre la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas rutinarias médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Nuestro plan no cubre la atención de urgencia ni cualquier otra atención que reciba fuera de los 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 nuestra página web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante una catástrofe declarada:

www.mnscha.org > Programs > Medicare Programs > AbilityCare > Getting Care During a Disaster (Programas > Programas Medicare > AbilityCare > 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 en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

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

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

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.

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

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- Que se determinan como médicamente necesarios.
- Que se incluyen en el Cuadro de beneficios de nuestro plan (consulte el **capítulo 4** de este *Manual para miembros*).
- Que se obtienen siguiendo las normas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **tendrá que 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 cubramos un servicio o artículo médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta cierto límite. Si se pasa del límite, paga 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



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 suele pedir a voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos determinados beneficios que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y a 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, con cobertura para miembros de 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.

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 hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo tratamiento.

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 en el sitio web de Medicare “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica) (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

K1. Definición de institución religiosa no médica

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.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



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 recibir atención de una institución religiosa no médica, debe firmar un documento legal que disponga que no está de acuerdo con la prestación de 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.
- Nuestro plan solo cubre 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 nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro o su estadía **no** estará cubierta.

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 para miembros 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 DME, como las prótesis.

Deberá alquilar otros tipos de DME. Como miembro de nuestro plan, por lo general **no** será propietario del equipo médico duradero, independientemente del tiempo que lo alquile.

En algunas situaciones determinadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al final de esta página.

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

L2. Propiedad de los DME en caso de cambio 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 DME antes de que puedan adquirirlos.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Deberá realizar 13 pagos seguidos en virtud de Original Medicare, o tendrá que realizar la cantidad de pagos seguidos que disponga el plan MA, para ser propietario del DME si:

- 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.**

- Deberá realizar 13 pagos nuevos seguidos en virtud de Original Medicare o la cantidad de pagos nuevos seguidos que haya dispuesto el plan MA para ser propietario del DME.
- No hay excepciones cuando vuelve a Original Medicare o a un plan MA.

L3. Beneficios del equipo de oxígeno para miembros de nuestro plan

Si reúne los requisitos para recibir un equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos lo siguiente:

- alquiler de equipos de oxígeno
- suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- 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 alquila 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.
- A continuación, su proveedor le proporciona equipos, suministros y servicios de oxígeno 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
SE HA DEJADO EN BLANCO
INTENCIONADAMENTE



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.....40**
- B. Normas contra el cobro de servicios por parte de los proveedores.....40**
- C. Sobre el Cuadro de beneficios de nuestro plan40**
 - C1. Programa de Beneficiarios Restringidos 41
- D. Cuadro de beneficios42**
- E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan84**
 - E1. Otros servicios 84
- F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medical Assistance85**



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 ayuda 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.

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 es así, 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. Comprende la cantidad de tratamientos. Comprende también el lugar donde recibe los servicios y el tiempo que continuarán. Los servicios médicamente necesarios deben cumplir con los siguientes requisitos:
 - Ser los servicios, suministros y medicamentos que otros proveedores pedirían normalmente.
 - Ayudarlo a mejorar o a mantenerse como está.
 - Evitar que su estado empeore.
 - Ayudar a prevenir y detectar problemas de salud.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

MANUAL PARA MIEMBROS AbilityCare

- En el caso de los nuevos miembros, durante los primeros 90 días no podemos exigirle que obtenga la 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 emergencia o de una urgencia, 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 encuentre 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 de salud 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 marcamos con un asterisco (*) los servicios cubiertos que necesitan PA. 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. Esta manzana 🍏 muestra 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. AbilityCare 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. AbilityCare 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 servicios dirigidos al consumidor. No podrá utilizar el modelo presupuestario Community First Services and Supports (CFSS).

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



- Estará restringido a estos proveedores de atención médica designados durante al menos 24 meses de elegibilidad para los Programa 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 AbilityCare. 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 para el 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 incorporación en el Programa de Beneficiarios Restringidos. Debe presentar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha que figura en nuestro aviso. 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

Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos una prueba de detección única a las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen si usted presenta determinados factores de riesgo y si su médico, asistente médico, personal de enfermería 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 sufre dolor lumbar crónico, definido como: ▪ que dure 12 semanas o más; ▪ no específico (que no tenga una causa sistémica que pueda identificarse, como no asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); ▪ no asociado a cirugía; y ▪ no asociado al embarazo. 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.	\$0
	<i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto <i>* indica que puede necesitar una autorización previa</i>	Lo que usted debe pagar
Acupuntura (<i>continuación</i>) 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. Solicite una autorización previa si necesita unidades adicionales. Los servicios de acupuntura están cubiertos para lo siguiente: ▪ dolor agudo y crónico ▪ depresión ▪ ansiedad ▪ esquizofrenia ▪ síndrome de estrés postraumático ▪ insomnio ▪ deshabitación tabáquica ▪ síndrome de las piernas inquietas ▪ trastornos menstruales » xerostomía (boca seca) asociada a lo siguiente: Síndrome de Sjogren » radioterapia ▪ náuseas y vómitos asociados a lo siguiente: » procedimientos posoperatorios » embarazo » cuidados oncológicos Requisitos para los proveedores: Los médicos (tal como se definen en 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), los profesionales de enfermería (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se identifican en 1861(aa) (5) de [la Ley]) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: ▪ un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, ▪ una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que preste los servicios de acupuntura debe estar en el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS conforme las normas dispuestas en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR).	\$0



Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	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 para trastornos por consumo de sustancias” de este cuadro para conocer los beneficios cubiertos adicionales).	\$0
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia 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 de emergencia) deben ser aprobados por nosotros. En los casos que no sean de emergencia, 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 Puede realizarse un chequeo 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
	Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: ▪ Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años de edad ▪ Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más ▪ Exámenes clínicos de mama cada 24 meses	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	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
	Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (cardíacas) (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 la visita, su médico puede: ▪ Hablar sobre el uso de la aspirina, ▪ comprobar su tensión arterial o ▪ darle consejos para asegurarse de que come bien.	\$0
	Pruebas de detección 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
	Coordinación de la atención Tendrá asignado un coordinador de atención que le ayudará a comunicarse con los servicios y recursos que necesite para recibir la mejor atención posible. Los coordinadores de atención también pueden ayudarlo a informarse mejor sobre su salud, sobre cualquier enfermedad que padezca y a seguir su plan de atención médica. Los coordinadores de atención y el personal de Servicios para Miembros de AbilityCare están disponibles para responder dudas sobre AbilityCare y el programa SNBC. En principio, su coordinador de atención intentará comunicarse con usted por teléfono para presentarse y explicarle en qué consiste la coordinación de atención y cómo aprovechar al máximo este servicio. A medida que sigan trabajando juntos, podrán comunicarse por teléfono, en persona o de otras formas que los ayude a sacar el máximo partido a la coordinación de atención. Juntos elaborarán un plan que le ayude a coordinar su atención médica. Nuestros equipos de coordinación de atención están localizados en su condado y comunidad. Como recurso local, su coordinador de atención puede ayudarlo a identificar y acceder a los servicios necesarios para mantenerse sano. Si tiene preguntas o necesita ayuda para acceder a su coordinador de atención, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	Coordinación de la atención (<i>continuación</i>) La coordinación de atención está siempre a su disposición. Puede dejar de utilizar este servicio en cualquier momento comunicándose a su coordinador de atención o poniéndose en contacto con AbilityCare. Si quiere cambiar de coordinador de atención, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página. Si le ofrecen la gestión de casos del condado y no quiere trabajar con un gestor de casos del condado, puede pedir que un coordinador de atención de AbilityCare trabaje con usted en su lugar. Pagamos los siguientes servicios: ▪ Una evaluación para determinar cómo puede ayudarlo el coordinador de atención con la atención médica, la vivienda, la seguridad alimentaria y otras necesidades. ▪ Ayuda para programar, coordinar y recibir evaluaciones o pruebas y servicios de atención médica como odontología, salud conductual, rehabilitación y atención primaria. ▪ Creación y actualización de su plan de atención, basado en sus necesidades particulares y en colaboración con las personas que usted elija ▪ con su permiso, nuestros coordinadores asistenciales pueden comunicarse con organismos y personas que pueden ayudarlo a satisfacer sus necesidades: » Colaborar con usted y con las personas que usted elija cuando se produzca un cambio en sus necesidades de atención médica o una hospitalización. » Ayudarlo a encontrar los recursos que necesita en su comunidad. » Colaborar con sus gestores de casos de exención de los Servicios a Domicilio y en la Comunidad u otros gestores de casos. ▪ Con su participación, nuestros coordinadores de cuidados también hacen lo siguiente: » Ayudarlo a fijar objetivos para su salud y bienestar y colaborar con usted para alcanzarlos » Se comunican o se reúnen con usted periódicamente para hablar de su salud y bienestar. » Le recuerdan cuándo necesita servicios preventivos, pruebas o citas que formen parte de su plan de atención.	\$0
	Prueba de detección de cáncer cervicouterino Pagamos los siguientes servicios: ▪ para todas las mujeres pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses ▪ para las mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses ▪ para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Chequeos de niños y adolescentes (C&TC) Estas visitas preventivas del niño sano examinan el crecimiento, el desarrollo y la salud general. Según los estándares de evaluación relacionados con la edad de Minnesota C&TC (edocs.dhs.state.mn.us/lfs/lfserver/public/DHS-3379-ENG), estos chequeos tienen como objetivo mantener a los niños saludables al detectar de forma temprana cualquier problema o inquietud de salud. Detectar problemas de salud de forma temprana evita que se conviertan en problemas más graves en el futuro. Mantenerse saludable significa que tendrá más probabilidades de convertirse en un adulto saludable. Dependiendo de la edad, estas visitas pueden incluir lo siguiente: ▪ examen de pies a cabeza ▪ vacunas y pruebas de laboratorio según sea necesario ▪ controles de desarrollo y crecimiento ▪ historial médico, incluida la nutrición ▪ educación médica ▪ chequeos auditivos y visuales ▪ información sobre buena salud física y mental ▪ tiempo para hacer preguntas y obtener respuestas sobre la salud, el comportamiento y el desarrollo, y para hablar sobre el aprendizaje, los sentimientos, las relaciones, la crianza y el bienestar de los cuidadores ▪ barniz de flúor para mantener los dientes sanos y remisiones al dentista C&TC es un beneficio de atención médica que promueve las visitas médicas para los menores de 21 años. Cada visita puede incluir un tiempo a solas con el profesional de la salud. Esto les permite a los jóvenes adultos a realizar preguntas en privado y aprender a cuidar de su propia salud. Los miembros menores de 21 años deberían contactar a su clínica de atención primaria para programar visitas de salud preventiva de C&TC.	\$0
Servicios quiroprácticos Pagamos los siguientes servicios: ▪ ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación ▪ una evaluación o examen por año natural ▪ manipulación manual (ajuste) de la columna vertebral para tratar la subluxación de la columna vertebral ▪ radiografías cuando sean necesarias para respaldar un diagnóstico de subluxación de la columna vertebral Servicios quiroprácticos Nota: Nuestro plan no cubre otros ajustes, vitaminas, suministros médicos, terapias y equipos de un quiropráctico.	\$0

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	Servicios de gestión y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la gestión de los medicamentos y la coordinación y planificación de la atención.	\$0
	Prueba de detección de cáncer colorrectal Pagamos 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 detección o un enema baritado previos. - La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando hayan transcurrido 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. - 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 se haya sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema baritado. - Pruebas de detección 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 prueba de detección o la última colonoscopia de prueba de detección. - 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 prueba de detección o sigmoidoscopia flexible de prueba de detección. - Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección 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



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Programa de Salud Materna DelfinaCare El programa de salud materna “DelfinaCare” de South Country es un programa educativo voluntario que apoya las diversas necesidades de las miembros embarazadas desde su primer trimestre de embarazo hasta los 12 meses posparto. Las miembros acceden a contenido educativo y apoyo personalizado usando una aplicación de gestión integral de atención en un dispositivo móvil tal como un teléfono celular o tableta. Este programa opcional complementa la atención tradicional en persona con guías (doulas) y proveedores especializados en embarazo, como profesionales de salud mental y dietistas registrados. Para más información comunicarse con Servicios para Miembros o su agencia pública de salud local.	\$0
Servicios dentales Algunos servicios dentales, como limpiezas, empastes y prótesis dentales, están disponibles a través del Programa Dental de Medical Assistance. IMPORTANTE: Esta no es una lista exhaustiva. No se garantiza una cobertura específica. Pueden aplicarse límites de servicio a los servicios enumerados en la siguiente sección dental. Algunos servicios pueden o no requerir autorización previa por necesidad médica. Para obtener más información sobre estos servicios, póngase en contacto con los servicios dentales para miembros llamando al 1-866-398-9419; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pagamos los siguientes servicios: Servicios de diagnóstico: ▪ examen y evaluación oral ▪ servicios de diagnóstico por imagen que incluyen: » aleta de mordida » radiografías individuales para el diagnóstico de problemas » panorámica » radiografías de toda la boca Servicios preventivos: ▪ tratamiento anticaries ▪ limpieza(s) dental(es) ▪ barniz de flúor ▪ sellantes ▪ instrucción en higiene bucal Servicios de restauración: ▪ empastes ▪ empastes sedantes para aliviar el dolor ▪ coronas individuales, limitadas a resina y acero inoxidable* (cubrimos una corona de porcelana creada en laboratorio por año natural) <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Servicios dentales (<i>continuación</i>) Endodoncia (endodoncias) Cirugía oral* ▪ extracciones dentales Ortodoncia* (con autorización previa) Periodoncia: ▪ eliminación gruesa de placa y sarro ▪ raspado y alisado radicular* ◦ procedimientos de seguimiento (mantenimiento periodontal) (durante los dos años siguientes al raspado y alisado radicular) Prostodoncia: ▪ aparatos removibles (dentaduras postizas, parciales, sobredentaduras) (un aparato cada tres años por arco dental) ▪ ajustes, modificaciones, rebases, reparaciones y rebases de aparatos removibles (dentaduras postizas y parciales) ▪ sustitución de aparatos perdidos, robados o dañados irreparablemente en determinadas circunstancias* ▪ sustitución de aparatos parciales si el parcial existente no puede modificarse para satisfacer las necesidades dentales* ▪ revestimientos acondicionadores de tejidos ▪ fijaciones y reparaciones de precisión ▪ Servicios odontológicos generales adicionales: tratamiento de emergencia del dolor dental ▪ anestesia general, sedación profunda ▪ visitas a centros de cuidados prolongados/visitas a domicilio en determinados entornos institucionales, entre los que se incluyen: centros de enfermería, centros de enfermería especializada, residencias, instituciones para enfermedades mentales (IMD), centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD), hospicios, opciones de tratamiento prolongado de Minnesota (METO) y camas móviles (una cama de un centro de enfermería en un hospital) ▪ control del comportamiento cuando sea necesario para garantizar que un servicio odontológico cubierto se realiza de forma correcta y segura ▪ medicamentos (solo cuando sean médicamente necesarios para afecciones muy limitadas) ▪ óxido nitroso ▪ ajustes orales de la mordida ▪ sedación oral o intravenosa <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	Servicios dentales (continuación) Notas: Si opta por recibir beneficios dentales de un centro de salud autorizado a nivel federal (FQHC) o de una clínica dental gestionada por el estado, tendrá los mismos beneficios a los que tiene derecho en virtud de Medical Assistance. Si usted es nuevo en nuestro plan de salud y ya inició un plan de tratamiento de servicio dental, comuníquese con nosotros para la coordinación de la atención. 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 dentales cuando el servicio forma parte integrante del tratamiento específico de la afección médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen 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
	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 o remisiones. Podemos cubrir exámenes adicionales si son médicamente necesarios.	\$0
	Prueba de detección de la diabetes Pagamos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: ▪ tensión arterial alta (hipertensión) ▪ antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) ▪ obesidad ▪ antecedentes de niveles elevados de azúcar (glucosa) en sangre 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



Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes Pagamos los siguientes servicios a todas las personas diabéticas (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 lancetas y lancetas » soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores ▪ Para las personas con diabetes que tengan una enfermedad grave del pie diabético, el plan pagará lo siguiente: » un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas cada año natural o » un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos) ▪ En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarlo 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
	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 artículos: ▪ sillas de ruedas ▪ muletas ▪ colchones eléctricos ▪ suministros para diabéticos (para los suministros para diabéticos, consulte la sección “Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes” 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 de oxígeno ▪ nebulizadores ▪ andadores ▪ bastón con empuñadura curvada estándar o cuádruple y suministros de repuesto <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (continuación) ▪ tracción cervical (sobre la puerta) ▪ estimulador óseo ▪ equipo de diálisis Cubrimos artículos adicionales, como: ▪ reparaciones de equipos médicos ▪ baterías para equipos médicos ▪ dispositivos para despejar las vías respiratorias ▪ suministros médicos que necesite para cuidar de su enfermedad, lesión o discapacidad ▪ productos para la incontinencia ▪ productos nutricionales/enterales cuando se cumplan determinadas condiciones ▪ suministros de planificación familiar (para más información, consulte el apartado “Servicios de planificación familiar” de esta tabla) ▪ dispositivos de comunicación aumentativa, incluidas las tabletas electrónicas ▪ dispositivos de detección de convulsiones Pueden estar cubiertos otros artículos. Pagamos todos los DME 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
Servicios de intervención temprana intensiva para el desarrollo y la conducta (EIDBI) (para miembros menores de 21 años)* El objetivo del beneficio de la EIDBI es ofrecer una intervención necesaria por motivos médicos, temprana e intensiva para personas con un trastorno del espectro autista (ASD) y afecciones relacionadas. Las familias pueden conocer más acerca de EIDBI mediante el entrenamiento en línea pathlore.dhs.mn.gov/Courseware/DisabilityServices/EIDBI/EIDBI101_F/index.html. Las familias pueden aprender más sobre el autismo y acceder a recursos y a apoyo visitando el Portal de recursos sobre autismo de Minnesota (mn.gov/autism/). El beneficio también tiene por objeto: ▪ educar, capacitar y apoyar a los padres y las familias ▪ promover la independencia de las personas y su participación en la vida familiar, escolar y comunitaria mejorar los resultados a largo plazo y la calidad de vida de las personas y sus familias. Los servicios EIDBI son prestados por proveedores de EIDBI inscritos que tienen experiencia en las modalidades aprobadas que incluyen: ▪ Análisis conductual aplicado (ABA) <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Servicios de intervención temprana intensiva para el desarrollo y la conducta (EIDBI) (continuación) - Modelo basado en el desarrollo, las diferencias individuales y las relaciones (DIR)/ Floortime - Modelo Denver de atención temprana (ESDM) - Proyecto PLAY - Intervención para el desarrollo de relaciones (RDI) - Interacción social temprana (ESI) www.dhs.state.mn.us/EIDBI-TreatmentModalities Servicios cubiertos: - Evaluación multidisciplinaria exhaustiva (CMDE) que es necesaria para determinar la elegibilidad y la necesidad médica de los servicios EIDBI. www.dhs.state.mn.us/CMDE - Desarrollo del Plan de tratamiento individual (ITP) (Inicial) - Desarrollo del ITP y supervisión del progreso www.dhs.state.mn.us/ITP - Intervención directa: individual, grupal o de mayor intensidad www.dhs.state.mn.us/EIDBI-DirectIntervention - Observación y dirección de la intervención www.dhs.state.mn.us/EIDBI-ObservationandDirection - Formación y asesoramiento de la familia/cuidador: individual o grupal www.dhs.state.mn.us/EIDBI-CaregiverTrainingandCounseling - Conferencia de atención coordinada www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=dhs16_195209 - Tiempo de viaje	\$0
Atención de emergencia - Atención de emergencia se refiere a servicios que son: prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y - necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. 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 diera lugar a: - un riesgo grave para su vida o la del feto; o - daños graves en las funciones corporales; o - pérdida de un miembro o de la función de un miembro. - En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: - No hay tiempo suficiente para trasladarla con seguridad a otro hospital antes del parto. Este beneficio continúa en la página siguiente.	\$0 <i>Consulte NOTA* en la columna de beneficios</i>



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Atención de emergencia (continuación) » Un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o para la de su bebé por nacer. Esta cobertura solo está disponible en Estados Unidos y sus territorios. NOTA*: Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria una vez estabilizada la emergencia, 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 los siguientes servicios: ▪ examen y tratamiento médico de planificación familiar ▪ pruebas diagnósticas y de laboratorio de planificación familiar ▪ métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parche, anillo, dispositivo intrauterino [DIU], inyecciones, implantes) ▪ suministros de planificación familiar con receta (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón) ▪ asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados ▪ asesoramiento y pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH ▪ tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) ▪ esterilización voluntaria: 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. Sin embargo, debe remitirse a un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios: ▪ tratamiento de afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales de quedarse embarazada). ▪ tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH ▪ prueba genética	\$0



Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	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: ▪ ¡Ocupese! 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 5 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 ayudarlo 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
	Servicios médicos* Pagamos los siguientes servicios: ▪ Servicios de enfermería de práctica avanzada: servicios prestados por un profesional de enfermería, un enfermero anestesista, un enfermero obstétrico o un especialista en enfermería clínica ▪ Inmunoterapia y pruebas de alergia ▪ Salud conductual a domicilio: coordinación de servicios de salud conductual y física ▪ Cobertura de ensayos clínicos: atención de rutina que se: » proporcionada como parte del tratamiento protocolizado de un ensayo clínico; » sea habitual, acostumbrada y apropiada para su enfermedad; y <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Servicios médicos* (continuación) » se prestaría normalmente 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 posteriores al alta hospitalaria o de enfermería a domicilio ordenadas por su proveedor de atención primaria » visitas de evaluación de seguridad ordenadas por su proveedor de atención primaria ▪ Paramédico comunitario: determinados servicios prestados 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 médicas » seguimiento y educación sobre enfermedades crónicas » ayuda con los medicamentos » inmunizaciones y vacunaciones » recolección de muestras de laboratorio » atención de seguimiento tras recibir tratamiento en un hospital » otros procedimientos médicos menores ▪ servicios mejorados de atención al asma (para miembros menores de 21 años con diagnóstico de asma mal controlada, cuando se cumplan determinados criterios) ▪ Visitas domiciliarias para determinar si hay factores desencadenantes del asma en el hogar del miembro. Las visitas deben estar a cargo de un especialista en salud ambiental registrado, un especialista en hogares saludables o un evaluador del riesgo de plomo. Su agencia local de salud pública puede ayudarlo a encontrar uno de estos profesionales de atención médica o puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros ▪ Coordinación del Servicio de Extensión Comunitaria del Hospital (IRSC): coordinación de servicios destinados a reducir el uso de las salas de emergencias de los hospitales en determinadas 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. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
Servicios médicos* (continuación) - El control a distancia es el uso de la tecnología para brindar atención y apoyo para las necesidades complejas de salud de un miembro en un lugar remoto, como la casa del miembro. Con el control a distancia, se puede hacer un seguimiento de los signos vitales del miembro con un dispositivo o equipo que envía los datos de forma electrónica para que su proveedor los revise. Algunos ejemplos de los signos vitales que pueden controlarse de forma remota son la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y el nivel de glucosa en la sangre. - Gestión de la atención de la tuberculosis y observación directa de la ingesta de medicamentos		\$0
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, incluidos los siguientes: - aparatos auditivos* baterías - Reparación y reemplazo* de aparatos auditivos por desgaste normal, con límites		\$0
 Prueba de detección del VIH Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses a las personas que: - soliciten una prueba de detección del VIH, o - corren un mayor riesgo de infección por VIH. Si está embarazada, nosotros pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo. Podemos cubrir beneficios adicionales.		\$0
Dispositivos o modificaciones y suministros para la seguridad en el hogar y el baño* Dispositivos y modificaciones de seguridad y para el hogar que promueven la salud o una vida independiente segura, como barras de apoyo, asientos para ducha o bañera, barandillas, suelo antideslizante, rampas temporales para sillas de ruedas y sillas elevadoras. Solo para artículos no cubiertos por la exención, con un máximo de \$1000 al año. Comuníquese con su coordinador de atención para usar este beneficio.		\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Información sobre servicios basados en el domicilio y la comunidad Su coordinador de atención del SNBC le dará información sobre los servicios comunitarios. Un trabajador del condado lo ayudará a encontrar servicios para permanecer en su casa o en la comunidad, y lo ayudará a encontrar servicios para salir de un hogar para ancianos u otro centro. Esta información puede facilitarse por correo, teléfono o en persona. Si decide recibir una visita, tiene derecho a que estén presentes amigos o familiares. Puede designar a un representante que lo ayude a tomar decisiones. Puede 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 del SNBC 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. 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), su administrador de casos del condado coordinará los servicios de la agencia de salud en el hogar con su coordinador de atención SNBC. Si necesita servicios de planificación y coordinación de la transición para que lo ayuden a trasladarse a la comunidad, puede ser elegible para Coordinación de Servicios de Traslado.	\$0
Comidas a domicilio* Hasta 140 comidas (1 comida por día durante un máximo de 7 días a la semana durante 10 semanas, por evento) después del alta hospitalaria. 2 eventos al año. Solo disponible para las comidas que no estén cubiertas por otro beneficio o programa de exención. Hable con su coordinador de atención para inscribirse.	\$0



Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
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 puede que otros que no figuran en esta lista: ▪ servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas diarias y 35 horas semanales) ▪ fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ servicios médicos y sociales ▪ equipos y suministros médicos ▪ terapia respiratoria ▪ atención médica en el hogar (HCN)	\$0
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 una infusión a domicilio se necesita lo siguiente: ▪ el medicamento o la sustancia biológica, como un antivírico o una inmunoglobulina ▪ equipo, como una bomba ; y ▪ suministros, como tubos o catéteres. Cubrimos los servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros, los siguientes: ▪ servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención; ▪ capacitación y educación de los miembros que no estén ya incluidos en el beneficio de DME; ▪ monitorización remota ; y ▪ servicios de monitorización 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



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto <i>* indica que puede necesitar una autorización previa</i>	Lo que usted debe pagar
Centro de cuidados para enfermos terminales Tiene derecho a elegir un centro de cuidados para enfermos 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 para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: ▪ medicamentos para tratar los síntomas y el dolor ▪ cuidado de relevo a corto plazo ▪ cuidado en el hogar Para los servicios de cuidados para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare. ▪ Original Medicare (y no nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados para enfermos terminales los servicios de este tipo de cuidados y cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados para enfermos terminales, su proveedor de cuidados para enfermos terminales facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga. Para servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B: ▪ Cubrimos 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 para enfermos 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 cuidado para pacientes no terminales, debe llamar a su coordinador de atención o a servicios para miembros para organizar los servicios. El cuidado para pacientes no terminales es aquel que no está relacionada con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados para enfermos terminales (una sola vez) para un miembro terminal que no haya optado por el beneficio de cuidados para enfermos terminales.	\$0



Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	Vacunas Pagamos 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 contra la COVID-19 ▪ otras vacunas si corre riesgo y cumplen las normas de cobertura de Medicare Parte B El plan pagará 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 no enumerados aquí: ▪ habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) ▪ comidas, incluidas dietas especiales ▪ servicios regulares de enfermería ▪ costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o coronarios ▪ fármacos y medicamentos ▪ pruebas de laboratorio ▪ radiografías y otros servicios radiológicos ▪ material médico y quirúrgico necesario ▪ aparatos, como sillas de ruedas ▪ servicios de quirófano y sala de recuperación ▪ fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ servicios de hospitalización 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>	\$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención de internación en un hospital fuera de la red una vez estabilizada su emergencia.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	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 usted es candidato para 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 almacenamiento y 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. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.		\$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención de internación en un hospital fuera de la red una vez estabilizada su emergencia.
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Pagamos los servicios de salud mental que requieren hospitalización, incluidas las hospitalizaciones psiquiátricas prolongadas.		\$0
Servicios de intérprete Nuestro plan pagará los siguientes servicios: ▪ servicios de intérprete de lengua hablada ▪ servicios de intérprete de lengua de señas		\$0

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
Servicios y suministros para la enfermedad renal Pagamos los siguientes servicios: ▪ Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado renal 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 para pacientes hospitalizados si ingresa en un hospital para recibir cuidados especiales. ▪ Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en casa ▪ Equipos y suministros para diálisis en casa ▪ Ciertos servicios de apoyo domiciliario, como las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis domiciliaria, para ayudar en casos de emergencia y para controlar su equipo de diálisis y el suministro de agua Medicare Parte B paga algunos medicamentos para diálisis. Para más información, consulte la sección “Medicamentos de Medicare Parte B” de este cuadro.		\$0
Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Pagamos la prueba de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: ▪ tiene entre 50 y 77 años , y ▪ tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y ▪ ha fumado al menos 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 prueba de detección, pagamos otra prueba cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor opta por ofrecer una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida para la detección del cáncer de pulmón, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para este tipo de visitas.		\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
Medicamentos con receta cubiertos por Medical Assistance Cubriremos algunos medicamentos bajo Medical Assistance que no están cubiertos por Medicare Parte B y Parte D. Estos incluyen algunos productos de venta libre, algunos medicamentos con receta para la tos y el resfriado y algunas vitaminas. El medicamento debe figurar en nuestra <i>Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)</i>. Cubriremos un medicamento fuera de la <i>Lista de medicamentos</i> si su médico demuestra lo siguiente: ▪ el medicamento que suele cubrirse ha causado una reacción perjudicial en usted; o ▪ hay motivos para creer que el medicamento que suele cubrirse podría causarle una reacción perjudicial; o ▪ el medicamento recetado por su médico es más efectivo para usted que el que suele cubrirse. El medicamento debe pertenecer a una clase de medicamento con cobertura. 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 al número que figura al final de esta página.		\$0
 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 de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Pagamos los servicios del MDPP a las personas que reúnen los requisitos. El MDPP está diseñado para ayudarlo a aumentar la conducta saludable. Proporciona formación práctica en: ▪ cambio dietético a largo plazo, y ▪ aumento de la actividad física, y ▪ formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.		\$0

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Medicamentos de Medicare Parte B* Estos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B. Pagamos los siguientes medicamentos: ▪ medicamentos que no suele administrarse usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, ambulatorios 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 mediante un equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan haya autorizado ▪ el medicamento para el Alzheimer Legembi® (lecanemab genérico) que se administra por vía intravenosa (IV) ▪ factores de coagulación que usted mismo se administra mediante inyección si padece hemofilia ▪ medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes 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 contra la osteoporosis que se inyectan. 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. ▪ 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 ▪ algunos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o 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, la Parte D sí lo hace ▪ medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra las náuseas por vía intravenosa. ▪ determinados medicamentos orales para la insuficiencia renal terminal (IRT) cubiertos por Medicare Parte B <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Medicamentos de Medicare Parte B* (continuación) - medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato 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 tiene una enfermedad renal terminal o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit® o Aranesp®). - inmunoglobulina IV para el tratamiento domiciliario de enfermedades por inmunodeficiencia primaria - nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos de Medicare Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de Medicare Parte D. En el capítulo 5 de este <i>Manual para miembros</i> se explica el beneficio de nuestros medicamentos. 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 a través de nuestro plan.	\$0
Servicios de salud mental* - Consulte las siguientes secciones para conocer los servicios de salud mental cubiertos: - detección de la depresión - servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico - atención ambulatoria de salud mental - servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos	\$0
Atención de centro de enfermería Somos responsables de pagar un total de 100 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 100 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 del plan para hogares para personas mayores. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Atención de centro de enfermería (continuación) 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 una habitación privada si es médicamente necesario)*. ▪ comidas, incluidas dietas especiales ▪ servicios de enfermería ▪ fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ terapia respiratoria ▪ medicamentos que se le administren 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 su almacenamiento y administración ▪ material médico y quirúrgico que se suministra habitualmente en los centros de enfermería ▪ pruebas de laboratorio realizadas habitualmente en centros de enfermería ▪ radiografías y otros servicios radiológicos prestados habitualmente por centros de enfermería ▪ uso de aparatos, como sillas de ruedas, prestados normalmente por centros de enfermería ▪ servicios médicos ▪ equipos médicos duraderos ▪ servicios dentales, incluidas las prótesis dentales ▪ beneficios de la vista ▪ exámenes auditivos ▪ atención quiropráctica ▪ servicios de podología 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 montos de pago de nuestro plan: ▪ un centro de enfermería o una comunidad de jubilados de atención continuada donde usted vivía justo antes de ingresar en el hospital (siempre que proporcione atención en un centro de enfermería). ▪ un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted abandone el hospital.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto <i>* indica que puede necesitar una autorización previa</i>	Lo que usted debe pagar
 Detección de la obesidad y tratamiento de control del peso 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, del parto y posparto ▪ clases de preparación al parto ▪ asesoramiento y pruebas de VIH para embarazadas: servicio de acceso abierto ▪ tratamiento para embarazadas seropositivas ▪ pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS): servicio de acceso abierto ▪ servicios relacionados con el embarazo recibidos en relación con un aborto (no incluye servicios relacionados con el aborto) ▪ servicios de una doula certificada ▪ servicios prestados por un profesional de atención médica autorizado en centros de maternidad autorizados, incluidos los servicios de enfermeras matronas certificadas y matronas tradicionales autorizadas Servicios no cubiertos: ▪ Aborto: este servicio no está cubierto por 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 los proveedores de OB-GYN sin remisión para los siguientes servicios: examen de salud preventivo anual, incluidos los exámenes de seguimiento que su médico 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 preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Servicios del programa de tratamiento de opiáceos (OTP) Pagamos los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opiáceos (OUD) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios: ▪ actividades de admisión ▪ evaluaciones periódicas ▪ medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, gestión y administración de estos medicamentos ▪ asesoramiento sobre el consumo de sustancias ▪ terapia individual y de grupo ▪ pruebas de detección de drogas o sustancias químicas en el organismo (pruebas toxicológicas)	\$0
Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no figuran en esta lista: ▪ Radiografías ▪ radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos ▪ material quirúrgico, como apósitos ▪ férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones ▪ pruebas de laboratorio ▪ sangre, incluidos su almacenamiento y administración ▪ pruebas diagnósticas que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro profesional de atención médica las ordene para tratar una enfermedad ▪ otras pruebas diagnósticas ambulatorias	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Observación ambulatoria en un hospital Pagamos los servicios de observación ambulatoria en un hospital para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Aunque pase la noche en el hospital, se lo puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0
Servicios ambulatorios en el hospital*. Pagamos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como: ▪ servicios en un departamento de emergencias o en una 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 puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo “paciente ambulatorio” » puede obtener más información sobre las diferencias entre ser paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. ▪ análisis de laboratorio 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 sin ella sería necesario un tratamiento hospitalario ▪ radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital ▪ suministros médicos, como férulas y yesos ▪ pruebas y servicios preventivos enumerados en el Cuadro de beneficios ▪ algunos medicamentos que no puede autoadministrarse	\$0

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Servicios de salud mental ambulatorios* Pagaremos 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 titulado (LMFT) ▪ un profesional de enfermería (NP) ▪ un asistente médico (PA) ▪ un profesional certificado por las Naciones Tribales ▪ un profesional de rehabilitación de salud mental ▪ cualquier otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables Pagaremos los siguientes servicios, y puede que otros servicios que no figuren en esta lista: ▪ Clínica comunitaria de salud mental certificada (CCBHC) ▪ Servicios intensivos de salud mental para niños (CIBHS) (para miembros menores de 21 años) ▪ Consulta de atención clínica ▪ Servicios de respuesta en caso de crisis, que incluye detección, evaluación, intervención, estabilización (incluida la estabilización residencial) e intervención comunitaria ▪ Evaluaciones diagnósticas, incluida la detección de enfermedades mentales concurrentes y trastornos por consumo de sustancias ▪ Evaluaciones diagnósticas, incluida la detección de la presencia de enfermedades mentales concurrentes y trastornos por consumo de sustancias ▪ Terapia conductual dialéctica (DBT) Programa intensivo ambulatorio (IOP)*. ▪ Tratamiento comunitario asertivo forense (FACT) ▪ Tiempo de desplazamiento del proveedor de salud mental ▪ Gestión de casos específicos de salud mental (MH-TCM) ▪ Servicios ambulatorios de salud mental, incluida la explicación de resultados, servicios de psicoeducación familiar (para miembros menores de 21 años), gestión de medicamentos de salud mental, servicios neuropsicológicos, psicoterapia (paciente o familia, familia, crisis y grupo) y pruebas psicológicas ▪ Servicios médicos de salud mental, que incluyen evaluación/intervención médica y conductual, visitas a pacientes hospitalizados, consultas psiquiátricas a proveedores de atención primaria y consulta, evaluación y gestión médicas. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Servicios de salud mental ambulatorios* (continuación) Servicios de salud mental rehabilitadora, incluido el tratamiento comunitario asertivo (ACT), tratamiento diurno para adultos*, servicios de salud mental rehabilitadora para adultos (ARMHS), especialistas certificados en pares familiares (para miembros menores de 21 años), servicios de apoyo de especialistas certificados en pares (CPS) en situaciones limitadas, especialistas certificados en pares familiares. (para miembros menores de 21 años), servicios de tratamiento residencial de salud mental para niños (para miembros menores de 21 años)*, servicios y apoyos terapéuticos para niños (CTSS), incluido el tratamiento diurno para niños (para miembros menores de 21 años), servicios de psicoeducación familiar (para miembros menores de 21 años)*, servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)*, servicios de tratamiento intensivo en hogares de acogida (para miembros menores de 21 años) y tratamiento asertivo comunitario para jóvenes (Youth Assertive Community Treatment, ACT): servicios intensivos de salud mental de rehabilitación no residencial (para miembros de 18 a 20 años), Programa de hospitalización parcial (PHP)*. ▪ Centro de Tratamiento Residencial Psiquiátrico (PRTF) (para miembros de 18 a 20 años) ▪ Telesalud Si decidimos que no es necesario un tratamiento estructurado de salud mental, puede obtener una segunda opinión. Para la segunda opinión, debemos permitirle que acuda a cualquier profesional de salud calificado que no forme parte de la red del plan. Pagaremos por esto. Debemos considerar la segunda opinión, pero tenemos derecho a no estar de acuerdo con ella. 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 de la Norma 36 que no están autorizados como Servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS) ▪ Alojamiento y comida asociados a los Servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS) ▪ Tratamiento y servicios de alojamiento y manutención en determinados centros residenciales de tratamiento de salud mental infantil en estados limítrofes	\$0
Servicios ambulatorios de rehabilitación 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

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Pagamos los siguientes servicios, y puede que otros servicios no enumerados aquí: ▪ pruebas de detección/evaluaciones/diagnósticos, incluidos los servicios autorizados de detección, intervención breve y remisión a tratamiento (SBIRT) ▪ tratamiento ambulatorio ▪ tratamiento ambulatorio asistido con medicamentos ▪ coordinación del tratamiento de trastornos por consumo de sustancias ▪ apoyo a la recuperación entre iguales ▪ desintoxicación (solo cuando la hospitalización es médicamente necesaria debido a afecciones derivadas de lesiones o accidentes o complicaciones médicas durante la desintoxicación) ▪ gestión de la abstinencia Un profesional calificado que forme parte de nuestra red le recomendará servicios para trastornos por consumo de sustancias. Puede elegir hasta el nivel más alto de atención recomendado por el profesional calificado. Es posible que reciba una evaluación adicional en cualquier momento durante su atención, si no está de acuerdo con los servicios recomendados. 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. Nota: Si va a someterse a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Aunque pase la noche en el hospital, se lo puede considerar paciente ambulatorio.	\$0
Tarjeta para medicamentos de venta libre (OTC) Los miembros actuales recibirán una tarjeta de comestibles con un monto de gasto trimestral de \$90. Los fondos deben gastarse antes de que finalice el trimestre y no se transfieren al trimestre siguiente. Los fondos se renuevan cada trimestre mientras el usuario siga inscrito en el plan. Monto máximo anual de \$360.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos* La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental y es más intenso que la atención que recibe en la consulta de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado. 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 los siguientes servicios: ▪ servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios prestados en lugares como: » consultorio médico » centro quirúrgico ambulatorio certificado » departamento ambulatorio de hospital ▪ 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 ▪ algunos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para miembros de determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare ▪ servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) para miembros que reciben diálisis en casa en un centro de diálisis renal hospitalario o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en casa ▪ servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral ▪ servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno mental concomitante ▪ servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar y tratar trastornos de salud mental si <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto <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) » tiene una visita en persona en los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud » tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud » se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias ▪ servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud con Calificación Federal ▪ visitas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su proveedor durante 5 a 10 minutos si: » no es un paciente nuevo y » la consulta no está relacionada con una visita en los últimos 7 días y » el registro no da lugar a una visita en 24 horas o a una cita lo antes posible. ▪ evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de éste en un plazo de 24 horas si: » no es un paciente nuevo y » la evaluación no está relacionada con una visita a la consulta en los últimos 7 días y » la evaluación no da lugar a una visita a la consulta en 24 horas o a la cita más próxima disponible ▪ consulta de su médico con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si no es un paciente nuevo ▪ segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía ▪ 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 los siguientes servicios: ▪ diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón calcáneo) ▪ cuidados rutinarios de los pies de los miembros cuando sean médicamente necesarios, incluidas las afecciones que afectan a las piernas, como la diabetes ▪ otros cuidados no rutinarios de los pies, como el desbridamiento de uñas y callos infectados	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que corre un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos el medicamento de profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen ▪ Medicamentos orales o inyectables para la PrEP aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos los gastos de la inyección. ▪ Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia al medicamento) cada 12 meses. ▪ Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. ▪ Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	\$0
	Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres a partir de 50 años, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: ▪ tacto rectal ▪ 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. Estos incluyen, entre otros: ▪ pruebas, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos ▪ bolsas de colostomía y suministros relacionados con los cuidados de colostomía ▪ marcapasos ▪ aparatos ortopédicos ▪ calzado protésico ▪ brazos y piernas artificiales ▪ prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico tras una mastectomía) ▪ pelucas para personas con pérdida de cabello debida a cualquier afección médica ▪ algunos zapatos cuando forman parte de una pierna ortopédica o cuando se moldean a medida. 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 preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	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
Atención recuperativa La atención recuperativa ayuda a los miembros elegibles a evitar ser readmitidos en el hospital. Proporciona alojamiento a corto plazo, atención médica y apoyo por hasta sesenta (60) días a quienes se están recuperando de una enfermedad y no tienen vivienda. Este servicio está dirigido a quienes necesitan apoyo para su recuperación, pero no requieren permanecer en el hospital. Pagamos los siguientes servicios: ▪ atención básica de enfermería, como comprobar el estado de salud y el dolor ▪ cuidado de heridas ▪ ayuda para tomar medicamentos ▪ educación sobre la salud ▪ revisión y actualización de vacunas ▪ planificar la recuperación y el regreso a casa ▪ comprobación y planificación de las necesidades médicas, emocionales y sociales ▪ crear y seguir un plan de cuidados ▪ ayuda con asuntos legales, búsqueda de vivienda, transporte y otros servicios comunitarios ▪ ayuda con la atención médica y otros beneficios ▪ seguimiento de los planes de atención ▪ proporcionar apoyo médico, social y emocional, como asesoramiento ▪ servicios de trabajadores comunitarios de la salud No pagamos los siguientes servicios: ▪ servicios relacionados con las necesidades de salud emocional de un miembro que excedan el apoyo que puede prestar un proveedor ▪ servicios relacionados con actividades de la vida diaria (AVD) que el miembro no pueda realizar por sí mismo, como levantarse o ir al baño ▪ el pago de alojamiento y comidas asociado con los servicios de atención de recuperación es responsabilidad del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple una de estas condiciones: ▪ Tiene un riesgo elevado debido a que consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. ▪ Se sometió a una transfusión de sangre antes de 1992. ▪ Nació entre 1945 y 1965. Si ha nacido entre 1945 y 1965 y no se lo considera de alto riesgo, le pagamos una prueba de detección una vez. Si corre un riesgo elevado (por ejemplo, si ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de la hepatitis C, que dio negativa), cubrimos las pruebas de detección anuales.	\$0
	Pruebas y asesoramiento sobre 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 corren 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”. Para conocer la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el capítulo 12. Pagamos los siguientes servicios, y tal vez otros que no figuran en esta lista: ▪ una habitación semiprivada, o una habitación privada* si es médicamente necesario ▪ comidas, incluidas dietas especiales ▪ servicios de enfermería especializada ▪ fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla <i>Este beneficio continúa en la página siguiente</i>	\$0



Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) - medicamentos que reciba como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran de forma natural en el organismo, como factores de coagulación de la sangre - sangre, incluidos su almacenamiento y administración - suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por los SNF - pruebas de laboratorio realizadas por SNF - radiografías y otros servicios radiológicos prestados por centros de enfermería - aparatos, como sillas de ruedas, normalmente suministrados por centros de enfermería - servicios de médicos/proveedores Por lo general, usted recibe los cuidados de un SNF en los centros de la red. En determinadas condiciones, es posible que pueda recibir atención médica en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: - un centro de enfermería o una comunidad de jubilados de atención continuada donde vivía antes de ingresar en el hospital (siempre que proporcione atención en un centro de enfermería) - un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento de abandonar el hospital No exigimos 3 días de hospitalización antes de ingresar en un centro de enfermería especializada.	\$0
	Servicio para dejar de fumar y de consumir tabaco Si consume tabaco, no presenta signos ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco y desea o necesita dejarlo: - Pagamos dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este es un servicio gratuito. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas presenciales de asesoramiento. Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: - Pagamos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales. Pagamos por los siguientes servicios: - Puede recibir ayuda para dejar el tabaco o la nicotina a través de sesiones individuales o de grupo dirigidas por profesionales de atención médica capacitados. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto	Lo que usted debe pagar
 Servicio para dejar de fumar y de consumir tabaco (<i>continuación</i>) - Asesoramiento telefónico: puede llamar al Programa EX para solicitar ayuda. Este servicio está disponible por teléfono y no requiere video. Desarrolle un plan de abandono personalizado, únase a una comunidad de apoyo activa y acceda al programa desde su dispositivo móvil en cualquier momento y lugar. El asesoramiento por mensajes en vivo está disponible, y los miembros pueden recibir hasta 8 semanas de parches, chicles, pastillas gratuitas o una combinación de terapias gratuitas entregadas directamente a ellos. El programa también ofrece apoyo para cigarrillos electrónicos y el vapeo. » 1-833-EXCOACH (1-833-392-6224) » Disponible 24 horas al día, 7 días a la semana » GO.TheEXProgram.com/SCHA - Medicamentos: puede conseguir medicamentos con y sin receta aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar o de consumir nicotina. - Telemedicina: los servicios también pueden brindarse a través de telemedicina (videollamadas o en línea). - Sin límites: no hay límites en la frecuencia con la que puede utilizar estos servicios ni en la cantidad de veces que puede recibir asesoramiento o medicamentos para el cese de consumo de tabaco y nicotina. - Servicios múltiples: puede utilizar diferentes tipos de apoyo al mismo tiempo, como el asesoramiento y los medicamentos.	\$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 lo siguiente: - 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 un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. El programa SET debe: - contener sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la arteriopatía periférica en miembros con calambres en las piernas debidos a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) - realizarse en régimen ambulatorio en un hospital o en la consulta de un médico - ser realizado 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 - estar bajo la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica con capacitación en técnicas de soporte vital básico y avanzado	\$0

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Servicio cubierto	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 elije 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 disponible en un radio de 30 millas de su hogar o si no tiene un proveedor de atención especializada disponible en un radio de 60 millas de su hogar. ▪ ambulancia que no es de emergencia ▪ transporte con conductor voluntario ▪ transporte no asistido (taxi o transporte público) ▪ transporte asistido* (debe estar certificado para su uso) ▪ transporte con elevador/rampa* (debe estar certificado para su uso) ▪ transporte protegido* (debe estar certificado para su uso) ▪ transporte en camilla* (su uso debe estar certificado) 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. Llame a su condado local o agencia tribal para recibir más información.	\$0
Atención de urgencia La atención de urgencia es la que se presta para tratar: ▪ una situación no urgente que requiere atención médica inmediata, o ▪ una enfermedad imprevista, o ▪ una lesión, o ▪ una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención necesidad 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, 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 requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección no vista, pero no se trata de una emergencia médica). Esta cobertura solo está disponible en Estados Unidos y sus territorios.	\$0



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Servicio cubierto <i>* indica que puede necesitar una autorización previa</i>	Lo que usted debe pagar
Cuidados de la vista Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, 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 las siguientes: ▪ personas con antecedentes familiares de glaucoma ▪ las personas diabéticas ▪ afroamericanos hispanoamericanos Para las personas con diabetes, pagamos la prueba de detección de la retinopatía diabética una vez al año. 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 anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no ha obtenido un par de gafas después de la primera cirugía. También cubrimos lo siguiente: ▪ Exámenes de la vista ▪ Anteojos iniciales, cuando sea médicamente necesario. 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 anteojos adicional, recubrimiento protector para lentes de plástico, y los suministros de lentes de contacto. Nuestro plan cubre un par de anteojos cada dos años.	\$0



Servicio cubierto	* indica que puede necesitar una autorización previa	Lo que usted debe pagar
	Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye lo siguiente: ▪ una revisión de su estado de salud, ▪ educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas), y ▪ remisiones a otros servicios si los 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 estos están disponibles a través de Medicare o Medical Assistance.

E1. 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.

- Gestión de casos para personas con discapacidades del desarrollo
- Gestión de casos específicos de bienestar infantil
- Subvención de apoyo al consumidor (CG)
- Capacitación y habilitación durante el día
- Servicios para el VIH en virtud de la Ley Ryan White
- Atención médica en el hogar
- Centro de cuidados intermedios para miembros con discapacidades del desarrollo (ICF/DD)
- Servicios educativos y de capacitación laboral
- Servicios cubiertos por la Medical Assistance prestados por Centro de Atención Calificado a Nivel Federal (FQHC)
- Reembolso de millas (por ejemplo, cuando usa su propio automóvil), comidas, alojamiento y estacionamiento. Llame a su condado para obtener más información.
- Estadías en un hogar para ancianos y convalecientes 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 asistencia para el cuidado personal (PCA) Servicios y apoyos Community First (CFSS)
- Coordinación de servicios de reubicación (RSC)
- Alojamiento y comida asociados con los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
- Servicios prestados por un centro de tratamiento regional estatal o un centro de cuidados a largo plazo de propiedad estatal, a menos que los aprobemos nosotros o que el servicio sea ordenado por un tribunal en las condiciones especificadas por la ley.
- Servicios prestados por instituciones federales



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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 en centros identificados en la Norma 36 que no tienen autorización para prestar servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
- Servicios de protección de adultos vulnerables
- Servicios de exención prestados en virtud de exenciones de servicios a domicilio y comunitarios

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 emergencias, 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 experimentales, artículos y medicamentos, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubran. 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.
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare o Medical Assistance lo paguen
- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de atención, como un teléfono o un televisor
- honorarios cobrados por sus familiares directos o miembros de su hogar
- procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía estética u otros trabajos estéticos, salvo 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 después de 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 baja visión
- reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta médica
- servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)
- servicios prestados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (VA).

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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
SE HA DEJADO EN BLANCO
INTENCIONADAMENTE



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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: Cómo obtener sus medicamentos ambulatorios

Introducción

En este capítulo se explica cómo obtener medicamentos 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. **En el capítulo 6** de este *Manual para miembros* se le informa lo que debe pagar por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

Además, cubrimos los siguientes medicamentos, aunque estos 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 medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se administran durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que se administran en una clínica de diálisis. Para 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 para enfermos terminales de Medicare. Si desea más información, consulte el **capítulo 5, sección F3**, “Si está en un programa de cuidados para enfermos 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).

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. (Consulte la **sección A1** para obtener más información).

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.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **sección C** de este capítulo).

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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. Cómo surtir recetas	89
A1. Cómo surtir una receta en una farmacia de la red	89
A2. Utilizar la tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta	89
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red	89
A4. Qué hacer si la farmacia que utiliza abandona la red.....	89
A5. Recurrir a una farmacia especializada	89
A6. Utilizar servicios de venta por correo para obtener sus medicamentos	90
A7. Conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo	90
A8. Acudir a una farmacia que no pertenezca a la red de nuestro plan	90
A9. Reembolso de una receta.....	91
B. Lista de medicamentos de nuestro plan	91
B1. Medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.....	91
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de medicamentos.....	92
B3. Medicamentos que no se encuentran en nuestra Lista de medicamentos	92
B4. Niveles de gastos compartidos de la Lista de medicamentos.....	93
C. Límites para algunos medicamentos	93
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	94
D1. Cómo obtener un suministro temporal.....	95
D2. Pedir un suministro temporal.....	96
D3. Pedir una excepción	96
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	97
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	98
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan	98
F2. En un centro de atención a largo plazo.....	99
F3. En un programa de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare	99
G. Programas sobre seguridad y gestión de los medicamentos	99
G1. Programas de ayuda para el uso seguro de medicamentos.....	99
G2. Programas para ayudarlo a gestionar sus medicamentos.....	100
G3. Programa de gestión de medicamentos (DMP) para el uso seguro de opiáceos.....	100



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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. Cómo surtir recetas

A1. Cómo surtir una 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. Consulte la **sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red.

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

A2. Cómo utilizar la tarjeta de identificación de miembro para 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 nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Es posible que tenga que pagar un copago a la farmacia cuando recoja su medicamento con receta.

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 del medicamento con receta al recogerlo. Después, puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte. **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 cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención.

A4. Qué hacer si la farmacia que utiliza se retira de 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. Cómo utilizar 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 tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 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.
- Farmacias que sirven a Servicio de Salud para Indígenas/Programa de Salud Tribal e Indígena Urbana. Salvo en caso de emergencia, 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. Cómo utilizar servicios de venta por correo para obtener sus medicamentos

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

A7. Cómo obtener 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. Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su copago puede ser menor.

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. Cómo utilizar una farmacia que no pertenece 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:

- Si está de viaje y se le acaban o pierde sus medicamentos de la Parte D, se enferma y necesita un medicamento con cobertura 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 automóvil que preste servicio 24 horas al día, 7 días a la semana);
- necesita un medicamento con cobertura de la Parte D que no está disponible con regularidad 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 departamento de emergencias, en una clínica de un proveedor, en un centro de cirugía ambulatoria o en otro centro ambulatorio; o



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

- es desplazado de su lugar de residencia durante una catástrofe federal y no puede obtener razonablemente los medicamentos con cobertura de la Parte D en una farmacia de la red.

A9. Reembolso de una receta

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total en lugar de un copago cuando reciba su medicamento recetado. Puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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 AbilityCare 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 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 libre (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 alternativas que se denominan 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 originales. 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*.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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 cubre determinados medicamentos y productos OTC. Algunos medicamentos OTC 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 nuestra *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 beneficios en tiempo real” en www.mnscha.org para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros.
- Utilice la herramienta de búsqueda **Buscar un medicamento** en el sitio web del plan www.mnscha.org.

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

No cubrimos todos los medicamentos.

- 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*.
- En algunos casos, podrá obtener un medicamento que no figure en nuestra *Lista de medicamentos*. Consulte el **capítulo 9**, para obtener más información.

Nuestro plan no paga por los tipos de medicamentos descritos 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 más información sobre las apelaciones, consulte el **capítulo 9, sección E** de este *Manual para miembros*.

A continuación, se indican 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 para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que usted haya 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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Además, por ley, Medicare o Medical Assistance no pueden cubrir los siguientes tipos de medicamentos.

- 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 u OTC). Lo que paga por un medicamento de la *Lista de medicamentos* depende de si se trata de un medicamento genérico o de marca. Los medicamentos genéricos del nivel 1 tienen el copago más bajo. Los medicamentos de marca del nivel 1 tienen un copago más alto. Los medicamentos y productos de venta libre tienen un copago de \$0.

Para saber en qué nivel se encuentra su medicamento, consulte el medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.

En el **capítulo 6** de este *Manual para miembros* se explica lo que usted paga por sus medicamentos en cada nivel.

C. Límites para algunos medicamentos

En el caso de determinados medicamentos, 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.

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

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 piensan que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, solicítenos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos aceptar o no que utilice el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para saber más sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca cuando existe una versión genérica o está disponible un producto biosimilar equivalente

Por lo general, los medicamentos genéricos o los biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Si no hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o de un producto biológico original disponible, nuestras farmacias de la red le ofrecen la versión genérica o biosimilar intercambiable.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca ni por el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible o una versión biosimilar intercambiable.
- Sin embargo, si su proveedor nos dijo la razón médica por la cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted, o escribió “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original,, o nos dijo la razón médica por la cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor para el medicamento de marca o producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.

2. Obtener la autorización previa del plan

Para algunos medicamentos, usted o el médico recetador deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se denomina autorización previa. Se establece para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a orientar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o a nuestro sitio web en www.mnscha.org para obtener más información sobre la autorización previa.

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. Llame a Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o a nuestro sitio web en www.mnscha.org para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad:

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede tomar. Esto se denomina límite cuantitativo. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido al día de un determinado medicamento, podríamos 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*. Visite nuestra página web en www.mnscha.org o llame a Servicios para Miembros para obtener la información más actualizada. 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 esté cubierto de la forma que a usted le gusta. 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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 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. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando este 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:

1. El medicamento que estuvo tomando:

- ya no está en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos*, o
- está ahora limitado de alguna manera.

2. Debes encontrarte en una de estas situaciones:

- Estaba 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 el medicamento recetado en pequeñas cantidades, para evitar desperdicios.
- Es miembro nuevo del 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 aquellos miembros que han estado en el plan y son ingresados o dados de alta de un centro de cuidados a largo plazo (LTC): existen circunstancias en las que podrían surgir transiciones imprevistas para los miembros actuales y en las que los regímenes de medicamentos recetados 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

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 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 en la atención cuando se le da el alta para regresar a su hogar, se le permite tener un suministro ambulatorio completo disponible para continuar la terapia una vez que se agote el suministro limitado proporcionado al momento del alta. Este suministro ambulatorio está disponible antes del alta de una estadía de la Parte A. Cuando usted es admitido o dado de alta de un centro de cuidados a largo plazo, 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 anulación única de las ediciones de “reposición demasiado pronto” para cada medicamento que se vería afectado debido a que no lo admiten ni lo dan de alta de un centro de atención a largo plazo. Las ediciones de reposición anticipada no se utilizan para limitar el acceso apropiado y necesario a su beneficio de la Parte D y no se le permite acceder a una reposición al momento de la admisión o el alta.

D2. Cómo solicitar 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:

- 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 BIEN

- 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 ayudarlo a solicitarla.

D3. Cómo 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).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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. 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 autorización previa (PA) 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).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. 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 funcione tan bien como uno de los que figuran ahora en la *Lista de medicamentos*.
- Sepamos que un medicamento no es seguro.
- Se retire 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* vigente.

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:

- **Aparece un nuevo medicamento genérico.** A veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original que figura en la *Lista de medicamentos*. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será menor.

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 le informemos de este cambio antes de efectuarlo, pero le enviaremos 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 enviaremos 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.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Retiro de medicamentos inseguros y otros medicamentos que se quitan del mercado. A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos retirarlo inmediatamente de nuestra Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos 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 los medicamentos que toma. Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios en la *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, actuaremos de la siguiente manera:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en nuestra *Lista de medicamentos* o
- Se lo comunicaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que nos pida que se lo volvamos a surtir.

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.
- 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 este año del plan

Podemos realizar cambios en los medicamentos que toma que no se hayan descrito anteriormente y que no le afecten ahora. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principios** de año, generalmente no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que usted está tomando, aumentamos lo que paga por el medicamento o limitamos su uso, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento ni lo que paga por el 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 período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que le afecte durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia 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. Nopagará 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.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos en casos especiales, consulte el **capítulo 6** de este *Manual para miembros*.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

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 a través de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Consulte su *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. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

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

- Es posible que esté inscrito en un centro de cuidados para enfermos terminales de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, antináuseas, laxantes o ansiolíticos) que su centro no cubre debido a que 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 para enfermos 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 para enfermos 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 para enfermos terminales, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en la farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados para enfermos terminales de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar que ha dejado el centro de cuidados para enfermos 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 para enfermos terminales, consulte el **capítulo 4, sección E**, de este *Manual para miembros*.

G. Programas sobre seguridad y gestión de los medicamentos

G1. Programas de ayuda para el uso seguro de medicamentos

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

- puede no ser necesario porque usted toma otro medicamento similar que hace lo mismo
- pueden no ser seguros para su edad o sexo
- podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que usted es o puede ser alérgico
- puede haber un error en la cantidad (dosis)
- contienen cantidades no seguras de analgésicos opiáceos

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

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 de ayuda para la administración de 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 los 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 el costo de los medicamentos y las reacciones a estos
- cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre

Entonces, le darán lo siguiente:

- 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 la sala de emergencias.

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 quiere 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 administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros con el uso seguro

Contamos con un 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. 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. Al trabajar con su médico, si decidimos que su uso de medicamentos opiáceos con receta o benzodiazepinas puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir lo siguiente:



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos en una(s) farmacia(s) determinada(s)
- Exigirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos de médicos recetadores determinados.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos que cubrimos.

Si tenemos previsto limitar la forma en que recibe estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con antelación. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener 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 que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o la limitación, usted y su médico pueden presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los 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:

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



ESTA PÁGINA
SE HA DEJADO EN BLANCO
INTENCIONADAMENTE



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 de Medicare y Medical Assistance

Introducción

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

- Medicamentos de Medicare Parte D.
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medical Assistance.

Dado que reúne los requisitos para recibir Medical Assistance, recibe "Ayuda adicional" de Medicare para ayudarlo a pagar los medicamentos 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 de Medicare Parte D, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se denomina "Subsidio por bajos ingresos" o "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, puede consultar estos sitios:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - A esto lo llamamos "*Lista de medicamentos*". Le informa sobre:
 - » qué medicamentos pagamos
 - » en cuál de los 3 niveles se encuentra cada medicamento
 - » 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*.
 - se explica cómo obtener sus medicamentos ambulatorios a través del plan.
 - Incluye normas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
 - Cuando utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para consultar la cobertura de medicamentos (consulte el **capítulo 5, sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para obtener más información.
- *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 preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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)	105
B. Cómo controlar los gastos en la farmacia	105
B1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro.	105
B2. Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.	105
B3. Envíenos información sobre pagos que otros hayan hecho por usted.	106
B4. Compruebe las EOB que le enviamos.	106
C. Etapas de pago de los medicamentos de Medicare Parte D	106
C1. Nuestros niveles de gastos compartidos	107
C2. Sus opciones de farmacia	107
C3. Conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo	107
C4. Lo que usted debe pagar	107
D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	108
D1. Sus opciones de farmacia	109
D2. Conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo	109
D3. Lo que usted debe pagar	109
D4. Fin de la etapa de cobertura inicial	110
E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica	110
F. El costo de su medicamento si su médico le receta un suministro para menos de un mes	110
G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D	111
G1. Lo que debe saber antes de vacunarse	111



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. Realizamos un seguimiento 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 obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago por sus medicamentos realizado por Ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para 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 nuestro plan pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen 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 del mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde la primera recarga para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles con un gasto compartido inferior por cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no cuentan para el total de sus gastos de bolsillo.
- 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.

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

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



Estos son algunos ejemplos en los que debería darnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no 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
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales

Para obtener más información sobre 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?

¿Y si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, comuníquese con Servicios para Miembros de AbilityCare.

¿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 AbilityCare
- O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.

Si cree que 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. Etapas de pago de los medicamentos de Medicare Parte D

Existen dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en virtud de nuestro plan. El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando le surten o reponen una receta. Estas son las dos etapas:



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Etapa 1: Etapa inicial de cobertura	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Comienza esta etapa cuando ha pagado una determinada cantidad de gastos de bolsillo.

C1. Nuestros niveles de gastos compartidos

Los niveles de gastos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de los tres niveles de gastos compartidos. Para encontrar el nivel de gastos compartidos para sus medicamentos, consulte el medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos genéricos del nivel 1 tienen el copago más bajo. Puede tratarse de medicamentos genéricos o de medicamentos no cubiertos por Medicare pero sí por Medical Assistance. El copago oscila entre \$0 y \$5.10, en función de sus ingresos.
- Los medicamentos de marca del nivel 1 tienen un copago más alto. El copago oscila entre \$0 y \$12.65, en función de sus ingresos.
- Los medicamentos de venta libre (OTC) tienen un copago de \$0.

C2. Sus opciones de farmacia

El precio que pague por un medicamento dependerá de si lo adquiere en una farmacia:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red. Solo en casos limitados, cubriremos las recetas que se surten en farmacias fuera de la red. Consulte el **capítulo 5, sección A** de su *Manual para miembros* para saber cuándo lo hacemos.

Consulte **capítulo 9** de este *Manual para miembros* para saber cómo presentar una apelación si le dicen que un medicamento no va a estar cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **capítulo 5** de este *Manual para miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C3. Cómo conseguir un suministro de medicamentos a largo

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. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

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*.

C4. Lo que usted paga

Es posible que tenga que pagar un copago al surtir una receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, pagará el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Miembros para saber cuál es el importe del copago de cualquier medicamento con cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



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

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 90 días de algunos medicamentos.	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Suministro para hasta 31 días.	Una farmacia fuera de la red Suministro para hasta 30 días. La cobertura se limita a determinados casos. Para más información, consulte el capítulo 5 de este <i>Manual para miembros</i> .
Gastos compartidos Nivel 1: genérico	\$0/\$1.60/\$5.10 Los copagos de los medicamentos con receta pueden variar en función del nivel de Ayuda adicional que reciba. Llámenos para obtener más información	\$0	\$0/\$1.60/\$5.10
Gastos compartidos Nivel 1: de marca	\$0/\$4.90/\$12.65 Los copagos de los medicamentos con receta pueden variar en función del nivel de Ayuda adicional que reciba. Llámenos para obtener más información	\$0	\$0/\$4.90/\$12.65
Medicamentos y productos de venta libre	\$0	\$0	\$0

Si desea información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el Directorio de proveedores y farmacias de *nuestro plan*.

D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la suya. Su parte se denomina copago. El copago depende del nivel de gastos compartidos en el que se encuentre el medicamento y del lugar donde lo adquiera.

Los niveles de gastos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en nuestros planes y *Lista de medicamentos* está en uno de nuestros niveles de gastos compartidos. Para encontrar el nivel de gastos compartidos para sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos genéricos del nivel 1 tienen el copago más bajo. El copago oscila entre \$0 y \$5.10, en función de sus ingresos.
- Los medicamentos de marca del nivel 1 tienen un copago más alto. El copago oscila entre \$0 y \$12.65, en función de sus ingresos.
- Los medicamentos de venta libre (OTC) tienen un copago de \$0.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

D1. Sus opciones de farmacia

El precio que pague por un medicamento dependerá de si lo adquiere en una farmacia:

- una farmacia minorista de la red, o
- una farmacia fuera de la red. Solo en casos limitados, cubriremos las recetas que se surten en farmacias fuera de la red. Consulte el **capítulo 5** de este *Manual para miembros* para saber cuándo lo hacemos.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **capítulo 5** de su *Manual para miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D2. Cómo 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. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

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

D3. Lo que usted paga

Durante la etapa inicial de cobertura, es posible que deba pagar un copago cada vez que surta una receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, pagará el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Miembros para saber cuál es el importe del copago de cualquier medicamento con cobertura.

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

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 90 días de algunos medicamentos.	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Suministro para hasta 31 días.	Una farmacia fuera de la red Suministro para hasta 30 días. La cobertura se limita a determinados casos. Consulte el capítulo 5 para más detalles.
Gastos compartidos Nivel 1: genérico	\$0/\$1.60/\$5.10 Los copagos de los medicamentos con receta pueden variar en función del nivel de Ayuda adicional que reciba. Llámenos para obtener más detalles.	\$0	\$0/\$1.60/\$5.10

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 90 días de algunos medicamentos.	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Suministro para hasta 31 días.	Una farmacia fuera de la red Suministro para hasta 30 días. La cobertura se limita a determinados casos. Consulte el capítulo 5 para más detalles.
Gastos compartidos Nivel 1: de marca	\$0/\$4.90/\$12.65 Los copagos de los medicamentos con receta pueden variar en función del nivel de Ayuda adicional que reciba. Llámenos para obtener más información	\$0	\$0/\$4.90/\$12.65
Medicamentos y productos de venta libre	\$0	\$0	\$0

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D4. Fin de la etapa inicial de cobertura

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus gastos de bolsillo totales alcanzan los \$2,100. En ese momento comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta fin de año.

Su EOB le ayuda a controlar cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de \$2,100. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de \$2,100 para sus medicamentos, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.

F. El costo de su medicamento si su médico le receta un suministro para menos de un mes

Normalmente, usted paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Puede haber ocasiones en las que desee preguntarle a su médico sobre la posibilidad de recetarle un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga el suministro de un mes completo para determinados medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 recibe un suministro de un medicamento para menos de un mes, el monto que paga se basa en el número de días que recibe el medicamento. Calculamos el monto que usted paga al día por su medicamento (la “cuota diaria de gastos compartidos”) y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que recibe.

- Aquí hay un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento por un suministro para un mes completo (30 días) es de \$1.60. Esto significa que la cantidad que paga al día por su medicamento es inferior a \$0.06 al día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago es inferior a \$0.06 al día multiplicado por 7 días, lo que supone un pago total inferior a \$0.42.
- El gasto compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le sirve antes de tener que pagar el suministro para todo un mes.
- También puede solicitar a su médico que le recete menos dosis de un medicamento para un mes si esto le ayuda con lo siguiente:
 - planificar mejor cuándo resurtir sus medicamentos
 - coordinar los resurtidos con otros medicamentos que tome, y
 - hacer menos viajes a la farmacia.

G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D

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. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* 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 vacunas de Medicare Parte D consta de dos partes:

1. La primera parte corresponde al costo de la **vacuna en sí**.
2. La segunda parte corresponde al costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de inyección administrada por su médico.

G1. 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
SE HA DEJADO EN BLANCO
INTENCIONADAMENTE



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.....	114
B. Envío de una solicitud de pago.....	116
C. Decisiones de cobertura	116
D. Apelaciones.....	117



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 el plan de salud.

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

Si recibe una factura por el costo total de servicios de atención médica o medicamentos, no pague la factura y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **sección B**.

- Si cubrimos servicios o medicamentos, pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó la factura más de lo que le corresponde, tiene derecho a que le reembolsen el dinero.
 - » Si ha pagado 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 no sabe cuánto debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede comunicarse si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

Entre los ejemplos de ocasiones en las que usted puede necesitar pedirnos que le paguemos o que paguemos una factura que usted recibió se incluyen los siguientes:

NOTA: Si un servicio está cubierto por Medical Assistance, no permitimos que los proveedores de AbilityCare le facturen por estos servicios. 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 monto 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 se debe pagar al proveedor, lo haremos de manera directa.
 - » Si ya pagó 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 le piden que pague por sus servicios o más de lo que le corresponde **Llame a Servicios para Miembros** al número que aparece al final de la página **si recibe una factura**.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si ya 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 devolvamos 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 costo total de la receta porque no lleva consigo la tarjeta de identificación de miembro

Si no va a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro, puede solicitar en la farmacia que nos llamen o consultar la información sobre su inscripción en el 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 nuestra parte del costo.
- 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 nuestra parte del costo del 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.

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, pagamos nuestra parte del costo.

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 AbilityCare 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.** 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 Servicios 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 bien, envíe un fax al siguiente número:
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, le avisaremos.
- 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 pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por lo que pagó o nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

En el **capítulo 3, 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 decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o 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 “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto 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 atención médica, consulte la **sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **sección G**.



ESTA PÁGINA
SE HA DEJADO EN BLANCO
INTENCIONADAMENTE



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 necesidades.....	120
B. Nuestra responsabilidad por su acceso puntual a los servicios y medicamentos cubiertos.....	120
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	121
C1. Cómo protegemos su PHI	121
C2. Derecho a consultar su historial médico	121
D. Nuestra responsabilidad de informarle	122
E. Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente	122
F. Su derecho a abandonar nuestro plan.....	123
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	123
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	123
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo	123
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	124
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones.....	124
H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos	125
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	125



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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le presten de forma culturalmente competente y accesible, incluso para las personas con conocimientos limitados de inglés, capacidad limitada de lectura, incapacidad auditiva o con diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de forma que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en 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 la 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). 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 al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 derecho a recibir atención de emergencia o de urgencia 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.

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 un aviso por escrito en el 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, incluida la información sobre sus medicamentos de Medicare Parte D. 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 de este. 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 terceros con cualquier fin que no sea de rutina.

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

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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. 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:

- **Cómo elegir o cambiar de plan**
- **Nuestro plan incluye lo siguiente:**
 - información financiera
 - cómo nos han valorado los miembros al plan
 - número de recursos presentados por los miembros
 - cómo darse de baja del 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 o cambiar de proveedor de atención primaria
 - calificaciones 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 remisiones, 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:**
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiemos una decisión que hayamos tomado
 - 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*.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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. Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie lo puede obligar a seguir inscrito en nuestro plan si usted 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.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medical Assistance si abandona nuestro plan.

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 con receta, no le daremos de baja de nuestro 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 expresar qué 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:

- Completar un formulario escrito para **otorgarle a alguien el derecho a tomar decisiones sobre atención médica por usted** si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



- **Proporcionar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo manejar su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que utiliza 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, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. Las farmacias y las oficinas de los proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en Internet y descargarlo. Minnesota Aging Pathways 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 pedirle a un abogado u otra persona de confianza, como un familiar o su PCP, que lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesitan saberlo.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted si no puede hacerlo. 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 este 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, usted decide si completar o no una voluntad anticipada.

Por ley, nadie puede negarle asistencia ni discriminarlo por haber firmado 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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

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.**
- **Programa Minnesota Aging Pathways** al 1-800-333-2433. Si desea más información sobre Minnesota Aging Pathways, 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). 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>).

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 pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea este *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 Servicios para Miembros si tiene otra cobertura
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** de que es miembro de 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.
 - Establecer una relación con un médico de atención primaria de la red del plan antes de enfermarse. Esto 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 conozcan 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 tenga. 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.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



- **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 AbilityCare, Medical Assistance paga la prima de Medicare Parte A y la prima de Medicare Parte B.
 - Para algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando adquiera el medicamento. Esto será un copago. **En el capítulo 6** se indica lo que usted paga por sus medicamentos.
 - **Si recibe servicios o medicamentos sin cobertura del 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.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** 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 descubrir si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos decirle si tenemos un plan en su nueva área.
 - 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 se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**
- **Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención para obtener ayuda.**



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 del servicio de retransmisión de Minnesota 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	127
A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	129
A1. Acerca de los términos jurídicos.....	129
B. Dónde obtener ayuda	129
B1. Más información y ayuda	129
C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medical Assistance en nuestro plan	130
D. Problemas con sus beneficios	130
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	130
E1. Decisiones de cobertura	130
E2. Apelaciones	131
E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones	131
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo	132
F. Atención médica, salud conductual y servicios de atención a largo plazo	132
F1. Cómo utilizar esta sección	133
F2. Solicitar una decisión de cobertura	133

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



F3. Presentar una apelación de nivel 1	135
F4. Presentar una apelación de nivel 2	138
F5. Problemas de pago	140
G. Medicamentos de Medicare Parte D	141
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Parte D	142
G2. Excepciones de Medicare Parte D	143
G3. Cosas importantes que hay que saber sobre la solicitud de una excepción ...	143
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	144
G5. Presentar una apelación de nivel 1	146
G6. Presentar una apelación de nivel 2	147
H. Pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más larga.....	149
H1. Conozca sus derechos con Medicare	149
H2. Presentar una apelación de nivel 1	150
H3. Presentar una apelación de nivel 2	151
I. Pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos.....	151
I1. Aviso previo a la finalización de su cobertura.....	152
I2. Presentar una apelación de nivel 1.....	152
I3. Presentar una apelación de nivel 2.....	153
J. Llevar su apelación más allá del nivel 2.....	154
J1. Próximos pasos para los servicios y productos de Medicare.....	154
J2. Apelaciones adicionales de Medical Assistance	155
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Parte D.....	155
K. Cómo presentar una queja.....	156
K1. Qué tipo de problemas se consideran quejas.....	156
K2. Quejas internas.....	157
K3. Quejas externas.....	158



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en vez 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. 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 Minnesota Aging Pathways

Puede llamar a Minnesota Aging Pathways. Los asesores de Minnesota Aging Pathways pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer con su problema. Minnesota Aging Pathways no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Minnesota Aging Pathways cuenta con asesores capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de Minnesota Aging Pathways es 1-800-333-2433 o 711 TTY del servicio de retransmisión de Minnesota, o utilice su servicio de retransmisión preferido. Estas llamadas son gratuitas. Visite el sitio web de Minnesota Aging Pathways en <https://mn.gov/board-on-aging/direct-services/aging-pathways>.

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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 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.

El 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 del servicio de retransmisión de Minnesota deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido. Los servicios son gratuitos.

C. Comprender las quejas 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, lea 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 medicamentos de la Parte B) tiene cobertura o no, la manera de la cobertura y los 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 de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, solemos referirnos a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos de la Parte B como **atención médica**.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto 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



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

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 esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

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 **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, es posible que pueda recurrir a otros niveles de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

- **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 **Minnesota Aging Pathways**. El número de teléfono es 1-800-333-2433 o 711 TTY del servicio de retransmisión de Minnesota, 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 711 TTY del servicio de retransmisión de Minnesota, o utilice su servicio de retransmisión preferido.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



- **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 remisión. Algunos grupos jurídicos le prestarán servicios jurídicos gratuitos si reúne los requisitos necesarios.

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 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 domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral [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 del servicio de retransmisión de Minnesota 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 monto de dicha atención.

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 de Medicare Parte B. Cuando lo hacen, le explicamos en qué difieren las normas para los medicamentos de Medicare Parte B de las normas para los servicios y artículos médicos.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

F1. Cómo 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: 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. Recibió 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**.

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. Cómo 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:

- Llame al 1-866-567-7242. TTY: 1-800-627-3529 o 711.
- Por fax: 1-507-431-6328
- Escriba a la siguiente dirección: Member Services
South Country Health Alliance
6380 W Frontage Rd.
Medford, MN 55049

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que acordemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta dentro del siguiente plazo:

- **7 días calendario** después de recibir su solicitud **para un servicio o artículo médico sujeto a nuestras normas de autorización previa**.
- **14 días calendario** después de recibir su solicitud **para todos los demás servicios o artículos médicos**.
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **para un medicamento de Medicare Parte B**.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 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 adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. 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 sobre la 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 dentro del siguiente plazo:

- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **de un servicio o artículo médico.**
- **24 horas** después de que recibamos su solicitud **de un medicamento de Medicare Parte B.**

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 de Medicare Parte B.**

Si cree que **no** deberíamos tomar días adicionales para tomar una decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **sección K**. Lo llamaremos en cuanto tomemos una decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Usted solicita la cobertura de artículos o servicios médicos que **no recibió**. 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 sobre la cobertura.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple los requisitos para una decisión rápida sobre la 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 decimos no a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicándole los motivos.

- Si decimos **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 tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 decide presentar una apelación, pasará al nivel 1 del procedimiento de apelación (consulte la **sección F3** a continuación).

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 desestimarán 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 en el que explicaremos por qué se desestimó y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se examinan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Comuníquese con nosotros al 1-866-567-7242. Si desea más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar 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 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 Programas > Programas de Medicare > AbilityCare > Beneficio de medicamentos con receta de la Parte D > 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 un aviso por escrito en el que le explicamos 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 tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 apela una decisión que hemos tomado sobre la cobertura de una atención que no ha recibido, usted 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 cumple este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente la 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.

Analizaremos su apelación y le daremos una 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 de Medicare Parte B, no podemos tardar más tiempo en tomar la decisión.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 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 decimos sí a 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 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 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 de Medicare Parte B, no podemos tardar más tiempo en tomar la decisión.
 - Si cree que **no** deberíamos tomar días adicionales, 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 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 decimos sí a 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 de Medicare Parte B, a partir de la recepción de su apelación.

Si decimos **no** a una parte o la totalidad de su solicitud, **tiene otros derechos de apelación**:

- Si decimos **no** a 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.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si decimos **no** a 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 más información sobre 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 beneficios 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.
- 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 presentar ante la IRO información adicional que sustente 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 **dentro de las 72 horas** siguientes a 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 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 tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 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 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 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 atención médica **en un plazo de 72 horas, o**
 - Prestar el servicio en un plazo de **14 días naturales** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para 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 de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento 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 estándar, 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 dice no a 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 el aviso escrito que recibirá tras su apelación de nivel 2.
 - 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.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



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:

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota
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 del servicio de retransmisión de Minnesota 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 **no** 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 monto 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.

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. El único monto que se le debería solicitar que pague es el copago por los medicamentos con receta.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

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 pague 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 si nos solicita que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medical Assistance que usted pagó, deberá solicitarnos que tomemos esto como una decisión de cobertura. 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 este *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 cumplió todas las normas, le enviaremos una carta, en la que le comunicaremos que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos 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 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 **sí** en cualquier etapa 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 dice **no** a 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 de Medicare Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. 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 medicamentos cubiertos únicamente por Medical Assistance, siga el proceso descrito en la **sección E**.

Para que esté cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



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:
 - cubramos un medicamento de Medicare Parte D que no figure en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o
 - establezcamos una restricción en nuestra cobertura de un medicamento (como límites en 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 <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que anulemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y cree que cumple las normas o restricciones del plan (como obtener la autorización 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.
Puede 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).

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
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.

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*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos*, usted paga el copago que se aplica a los medicamentos de marca.
- No puede obtener una excepción al monto de copago que se requiere para el medicamento.

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. Cuestiones 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.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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 decir Sí o No a su solicitud.

- Si decimos **sí** a 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 decimos **no** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. En la **sección G5** encontrará información sobre cómo presentar una apelación en caso de que la respuesta sea **no**.

En la siguiente sección le indicamos cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo 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 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 sobre la 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 sobre la 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 tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el apoyo de su médico u otro médico recetador, nosotros decidimos si usted obtiene una decisión rápida sobre la 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 queja 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 decimos **sí** a 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 decimos **no** a 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 no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si decimos **sí** a 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 decimos **no** a 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 decimos **sí** a una parte o la totalidad de su solicitud, le devolveremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- Si decimos **no** a 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. Cómo 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 sobre la cobertura. Consulte la **sección G4** para obtener más información.

Analizaremos su apelación y le daremos una 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 su petición.
- Podemos comunicarnos con su médico u otro médico recetado para obtener más información.

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 decimos **sí** a 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 decimos **no** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 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 decimos **sí** a 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 decimos **no** a parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos 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 días calendario, 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 decimos **sí** a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos devolverle el dinero en un plazo de 30 días calendario.
- Si decimos **no** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si decimos **no** a 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.

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.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 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 presentar ante la IRO información adicional que sustente 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 **sí** 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 recibió.
- **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 dice **sí** a 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 30 días calendario después recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO dice **no** a 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 dice **no** a 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 dice **no** a su apelación de nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar el proceso de apelación, usted:
 - Decide si quiere presentar una apelación de nivel 3.
 - Consulte la carta que la IRO le envió después de su apelación de nivel 2 para obtener información sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o 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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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. 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 es la “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 con 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 el aviso, solicítelo 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 estancia en el hospital.
 - Saber dónde comunicar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
 - Apelar si cree que le están dando el alta demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo ha recibido y que conoce sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **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** del aviso firmado para disponer de la información si la necesita.

Si firma el aviso con más de dos días de antelación al alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Si lo desea, puede consultar previamente una copia del aviso, si usted:

- Llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios de hospitalización durante un tiempo más largo, 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 Commence Health. Llámelos al 1-888-524-9900 (TTY: 711 o use el servicio de retransmisión que prefiera). La información de contacto también está en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de irse de alta del hospital y a más tardar en 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 Minnesota Aging Pathways al 1-800-333-2433 o los usuarios de TTY del servicio de retransmisión de Minnesota deben llamar 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 examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que hayan presentado el hospital y nuestro plan.
- 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 “**Aviso detallado 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). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un modelo de aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

En el plazo de un día completo tras recibir toda la información necesaria, la QIO le dará una respuesta a su apelación.

Si la QIO dice **sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos de hospitalización mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **no** a su apelación:

- Consideran 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. Cómo 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. Llámelos 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 dice **no** a 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 dice **sí** a 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 dice **no** a 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

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



- 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.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir los servicios con cobertura 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 a la finalización de 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”. En el aviso se le informa la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo han recibido. Firmar el aviso solo demuestra que ha recibido la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

12. Cómo 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 Minnesota Aging Pathways al 1-800-333-2433 o los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Minnesota al 711.
- **Comuníquese con la QIO.**
 - Consulte la **sección H2** o el **capítulo 2** de este *Manual para miembros*, para obtener más información sobre la QIO y cómo contactarlos.
 - Solicite la revisión de su apelación y que se determine si cambia 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.

Plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el “Aviso de interrupción de cobertura de Medicare” que le enviamos.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 término legal para el aviso por escrito es **“Aviso 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 examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que haya presentado nuestro plan.
- 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 el aviso 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 dice **sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice **no** a su apelación:

- Su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar los gastos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención 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.

13. Cómo 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. Llámelos 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 dice **no** a 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 dice **sí** a su apelación:

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



- Le reembolsamos los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura.
- Le proporcionaremos la cobertura de la atención mientras sea médicamente necesaria.

Si la QIO dice **no** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a su atención 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, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que ha apelado no alcanza un determinado monto 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 dice **sí** a 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 dice **no** a 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. El aviso 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 dice **sí** a 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 tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 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 dice **no** 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. El aviso 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.

J2. Apelaciones adicionales de Medical Assistance

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 etapa 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; al servicio de retransmisión de Minnesota (TTY) 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 le puede ser útil, si presentó una apelación de nivel 1 y otra de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado alcanza un determinado monto 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 dice **sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado en 72 horas (o en 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 el abogado adjudicador dice **no** a su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la 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. El aviso 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 tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 el Consejo dice **sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado en 72 horas (o en 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 dice **no** a 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. El aviso 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.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipo de problemas se consideran quejas

El proceso de quejas se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio 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. • Considera que están forzando su cancelación de la inscripción en 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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Queja	Ejemplo
Limpieza	• Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	• Cree que no le hemos entregado un aviso 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.

Hay distintos tipos de quejas. Puede presentar una queja interna o una queja externa. Se presenta una queja interna ante nuestro plan y estos la examinan. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y estos la examinan. Para obtener ayuda para presentar una queja interna 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 del servicio de retransmisión de Minnesota 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.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



- 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 denegamos su solicitud de “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, otorgaremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos su queja en 24 horas.
- Si presenta una queja porque demoramos más tiempo en tomar una decisión de cobertura o apelación, otorgaremos automáticamente una “queja rápida” y respondemos 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 quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente una queja a AbilityCare 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 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 informar de su queja al Departamento de Salud de Minnesota

Sección de atención administrada
P.O. Box 64975
St. Paul, MN 55164

Teléfono 651-201-5100 o 1-800-657-3916, TTY 711

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 ponerse en contacto 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 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 711 TTY del servicio de retransmisión de Minnesota, o su servicio de retransmisión preferido.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

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 ante 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 Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es 1-888-524-9900 (TTY: 711 o use el servicio de retransmisión que prefiera).



ESTA PÁGINA
SE HA DEJADO EN BLANCO
INTENCIONADAMENTE



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 en nuestro plan

Introducción

En este capítulo se explica cómo puede cancelar su inscripción en 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 plan162
- B. Cómo darse de baja en nuestro plan.....163
- C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medical Assistance por separado163
 - C1. Sus servicios de Medicare 163
 - C2. Sus servicios de Medical Assistance 165
- D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su inscripción a nuestro plan165
- E. Otras situaciones en las que finaliza su inscripción en nuestro plan165
- F. Normas contra pedirle que abandone nuestro plan por algún motivo relacionado con la salud166
- G. Su derecho a reclamar si lo damos de baja en nuestro plan167
- H. Cómo obtener más información sobre la finalización de su inscripción al plan ...167



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 de cada año:

- El **Período de inscripción abierta**, 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 3.^{er} 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 muda fuera de nuestra área de servicio.
- Su elegibilidad para Medical Assistance o Ayuda adicional ha cambiado.
- Si se mudó recientemente, actualmente recibe atención o acaba de mudarse de un centro de enfermería o de 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 se da de baja de 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.

Para obtener más información sobre cómo cancelar su inscripción, puede llamar al número que figura al final de la página.

- 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). 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 del servicio de retransmisión de Minnesota deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido. Estas llamadas son gratuitas. En Minnesota, el programa SHIP se llama Minnesota Aging Pathways.

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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

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 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 da baja, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de esta página.
 - Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. 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 el cuadro 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 en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medical Assistance por separado

Usted tiene opciones para recibir los servicios de Medicare y Medical Assistance si elige cancelar su inscripción en 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 lo siguiente: 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). 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 del servicio de retransmisión de Minnesota deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, el SHIP se llama Minnesota Aging Pathways. Estas llamadas son gratuitas. O BIEN, Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de su plan nuevo. Si decide abandonar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. Puede volver a inscribirse en el plan SNBC no integrado en el que estaba inscrito antes de AbilityCare; para ello, complete un formulario de inscripción nuevo.
---	--

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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 lo siguiente: Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare separado	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: ▪ Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY del servicio de retransmisión de Minnesota deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, el SHIP se llama Minnesota Aging Pathways. Estas llamadas son gratuitas. O BIEN, Inscríbese a un plan nuevo de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare. Si decide abandonar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. Puede volver a inscribirse en el plan SNBC no integrado en el que estaba inscrito antes de AbilityCare; para ello, complete un formulario de inscripción nuevo.
3. Puede cambiar a lo siguiente: Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare NOTA: Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta 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 si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a Minnesota Aging Pathways al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). Para más información, visite https://mn.gov/board-on-aging/direct-services/aging-pathways.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: ▪ Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY del servicio de retransmisión de Minnesota deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, el SHIP se llama Minnesota Aging Pathways. Estas llamadas son gratuitas. También puede visitar https://mn.gov/board-on-aging/direct-services/aging-pathways. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare. Si decide abandonar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. Puede volver a inscribirse en el plan SNBC no integrado en el que estaba inscrito antes de AbilityCare; para ello, complete un formulario de inscripción nuevo.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

4. Puede cambiar a lo siguiente:

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). 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 del servicio de retransmisión de Minnesota deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, el SHIP se llama Minnesota Aging Pathways. Estas llamadas son gratuitas.

O BIEN,

Inscríbase a un plan nuevo de Medicare.

Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su plan nuevo.

Si decide abandonar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. Puede volver a inscribirse en el plan SNBC no integrado en el que estaba inscrito antes de AbilityCare; para ello, complete un formulario de inscripción nuevo.

C2. Sus servicios de Medical Assistance

Si decide abandonar nuestro plan, Medical Assistance se proporcionará a través del método de pago por servicio. Puede volver a inscribirse en el plan SNBC no integrado en el que estaba inscrito antes de AbilityCare; para ello, complete un formulario de inscripción nuevo.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su inscripción en 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 con receta 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 surtir sus recetas.
- Si es hospitalizado el día en que finaliza su inscripción a AbilityCare, 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 en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos 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 preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 Medicare y deja de reunir los requisitos para recibir Medical Assistance, nuestro plan seguirá proporcionándole los beneficios del plan por hasta tres meses.
- Si transcurridos los tres meses no ha recuperado la Medical Assistance, se cancelará la cobertura de nuestro plan.
- Deberá elegir un nuevo plan de Medicare Parte D para seguir recibiendo cobertura de los medicamentos cubiertos por Medicare.
- Si necesita ayuda, puede llamar a Minnesota Aging Pathways al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY del servicio de retransmisión de Minnesota deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). Estas llamadas son gratuitas.
- Si ya no cumple con los requisitos de edad.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se ausenta de nuestra área de servicio por 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 para medicamentos que tenga.
- Si no es ciudadano estadounidense o no tiene residencia legal en Estados Unidos.
 - Para inscribirse en nuestro plan, debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en Estados Unidos.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Debemos cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

Si se encuentra dentro del período de elegibilidad continuada de tres meses de nuestro plan, seguiremos prestando todos los beneficios cubiertos por el plan.

Podemos cancelar su inscripción en nuestro plan por los siguientes motivos únicamente si obtenemos previamente 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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 reclamar si lo damos de baja en nuestro plan

Si cancelamos su inscripción en 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.



ESTA PÁGINA
SE HA DEJADO EN BLANCO
INTENCIONADAMENTE



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 en 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 leyes	169
B. Aviso federal sobre la no discriminación.....	169
C. Aviso estatal sobre la no discriminación	169
D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medical Assistance como pagador de último recurso	170

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 federal 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.

Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen financiación federal y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si quiere 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.

C. Aviso estatal sobre la no discriminación

De acuerdo con las leyes estatales de derechos humanos, no discriminamos ni ejercemos un trato diferencial por motivos de raza, color, nacionalidad, credo, religión, orientación sexual, situación de asistencia pública, edad, discapacidad física o mental, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), estado civil, creencias políticas, afección médica, estado de salud, recepción de servicios de atención médica, antecedentes de quejas, historial médico o información genética.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 más información o le preocupa la discriminación o el trato injusto:

- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local. Midwest Region, at 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.

D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medical Assistance como pagador de último recurso

A veces, otra persona debe pagar primero por los servicios que prestamos. Por ejemplo, si tiene un accidente de automóvil 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 con cobertura de 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 preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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 términos 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: incluyen las siguientes:

- Denegación de la solicitud del miembro para obtener servicios fuera de la red en el caso de miembros que vivan en una zona rural con un único plan de salud.
- Denegación o autorización limitada del tipo o nivel de servicio
- Denegación total o parcial de un pago o servicio
- La falta de prestación de servicios en un plazo razonable
- Reducción, suspensión o interrupción de un servicio que se había aprobado anteriormente

Actividades de la vida diaria (ADL): las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Agencia estatal de Medicaid: en Minnesota, esta agencia es el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

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:

- cualquier otra acción
- denegación total o parcial de una solicitud o servicio
- inscripción en el plan
- nuestra falta de actuación dentro de los plazos requeridos para la autorización previa y las apelaciones
- una denegación, finalización o reducción del servicio

Apelación: una forma de objetar nuestra acción 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.

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 emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

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.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



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 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 puede llegar a ellos porque, debido a su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan y necesita servicios médicos inmediatos necesarios para una afección no detectada, pero no es una emergencia médica).

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.

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.

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).

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra PA.

- Los servicios cubiertos que necesitan la 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* y las normas están publicadas en nuestro sitio web.

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

Baja: proceso por el que finaliza su inscripción en nuestro plan. La baja puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (por decisión ajena).

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.

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. (Vaya a “Biosimilares intercambiables”).



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Capacitación en competencia cultural: capacitación adicional para nuestros proveedores 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 para enfermos 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 miembro con un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.
- Estamos obligados a facilitarle una lista de proveedores de cuidados para enfermos terminales en su zona geográfica.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente formados atiende a la persona de forma completa, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Centro de enfermería especializada (SNF): 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 contactar con los CMS.

Certificado de hogar para ancianos y convalecientes: 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.

Clínica de atención primaria (PCC): 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: 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.

Copago: monto fijo que es posible que deba pagar como su parte compartida del costo cada vez que reciba ciertos servicios, suministros o medicamentos. Por ejemplo, puede pagar \$2 o \$5 por un medicamento.

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 pueden plantear

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



las enfermedades. 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.

Cuota diaria de gastos compartidos: cuota que puede aplicarse cuando su médico le receta menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. La cuota diaria de los gastos compartidos es el copago dividido por el número de días de un mes de suministro.

Por ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento por un suministro para un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es inferior a \$0.05 al día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será inferior a \$0.05 al día multiplicado por 7 días, lo que supone un pago total inferior a \$0.35.

Decisión de cobertura: decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto 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. Puede 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*.

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.

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.

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 y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida del bebé por nacer. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una dolencia que empeora rápidamente.

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 atención.

Equipo de atención: consulte “Equipo de atención interdisciplinar”.

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 AbilityCare. Este estudio es externo e independiente.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Etapas de cobertura catastrófica: etapa del beneficio farmacéutico de Medicare Parte D en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta final de año. Comenzará esta etapa cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año.

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 monto superior a nuestros gastos compartidos por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas que no entiende.

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.

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.

Gastos compartidos: cantidades que tiene que pagar cuando recibe determinados medicamentos. Los gastos compartidos incluyen copagos.

Gastos 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.

Gestión de terapia con medicamentos (MTM): programa de Medicare Parte D para necesidades médicas complejas que se ofrece a las personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de gestión de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

Herramienta de beneficios 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 montos 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.

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.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



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.

Juez de derecho administrativo (ALJ): 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.

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 algunos medicamentos adicionales que Medicare no cubre.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica tendrán cobertura si usted 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. Comprende la cantidad de tratamientos. Comprende también el lugar donde recibe los servicios y el tiempo que continuarán. Los servicios médicamente necesarios deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Ayudar a prevenir y detectar problemas de salud.
- Ayudarlo a mejorar o a mantenerse en su estado actual.
- Evitar que su estado empeore.
- Ser los servicios que normalmente pedirían otros proveedores.

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 y, por lo general, no están disponibles hasta que finaliza la patente del medicamento de marca.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Medicamento genérico: medicamento aprobado por la FDA 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.

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”.

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.

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”).

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 para enfermos 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. Medicare Parte B 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 de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar. Medicare Parte D cubre los medicamentos 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+): 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 de 65 años y mayores.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



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+.

Nivel de gastos compartidos: grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos (también conocido como *Lista de medicamentos*) se encuentra en uno de los 3 niveles de gastos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento.

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. Esta 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 este *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 quiere inscribirse en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente hospitalizado: 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.

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 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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Plan de atención: consulte el “Plan de cuidados individualizado”.

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 médico: 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 para ayudar a una persona a decidir sobre tener hijos. Estas decisiones incluyen elegir tener un hijo, cuándo tenerlo, o no tenerlo.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se llama producto de referencia.

Producto biológico: medicamento 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: programa para miembros que recibieron atención médica y no han seguido las normas 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. AbilityCare 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 normas 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): programa estructurado de cambio de conducta de salud que proporciona capacitación 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.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica 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.

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.

- Este proveedor también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



- En varios planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con 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: 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. Estas personas están autorizadas o certificadas por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: 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.

Proveedor: “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.

- Estas personas están autorizadas o certificadas por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica.
- Las 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.

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.

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”.

Reclamo: una queja que presenta 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.



Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (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.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): beneficio mensual que abona el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B.

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 de acceso abierto: las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier proveedor de atención médica calificado, clínica, hospital, farmacia o una agencia de planificación familiar para recibir estos servicios, incluso si no forman parte de nuestra red.

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 un médico con licencia (doctor en medicina [M.D.] o doctor en medicina osteopática [D.O.]) brinda o coordina.

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 este *Manual para miembros*.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

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.

Special Needs Basic Care (SNBC): programa de atención administrada voluntaria en el que el estado y CMS contratan planes de salud, incluido nuestro plan para personas con discapacidades. SNBC está destinado a inscritos en Medical Assistance que tengan entre 18 y 64 años de edad. SNBC cubre los servicios básicos de atención médica de Medical Assistance, excepto Asistencia para el cuidado personal/Community First Supports and Services (CFSS) (Servicios y Apoyos Community First) y atención médica en el hogar.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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.



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 preguntas, llame a Servicios para Miembros de AbilityCare al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de lunes a viernes *de 8 a. m. a 8 p. m. (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
SE HA DEJADO EN BLANCO
INTENCIONADAMENTE



Servicios para Miembros de AbilityCare

LLAME	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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (<i>de abril a septiembre</i>) Servicios para Miembros también dispone de servicios gratuitos de interpretación de idiomas 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (<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

Minnesota Aging Pathways, el SHIP de Minnesota

Minnesota Aging Pathways 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	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	https://mn.gov/board-on-aging/direct-services/aging-pathways