

SeniorCare Complete (HMO D-SNP) Manual para miembros

1 de enero al 31 de diciembre de 2026

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



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete
Línea gratuita: **1-866-567-7242**; los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-627-3529** o al **711**.

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

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 ካለምንም ክፍያ 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

၈

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនគិតថ្លៃ 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, တၢ်အိၣ်စ့ၢ်ကိးဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤတဖၣ် လၢကဟ့ၣ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢပုၤအါဂၤန့ၢ်ပၢ်အီၤသ့ လၢတအိၣ်ဒီးအဘျုးအလဲ ဒီးချုးဆၢချုးကတိၤန့ၣ်လီၤ. ဝံသးစ့ၤ ကိးနီၣ်ဂံၢ်လၢထး 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 | • estado de asistencia pública | • sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género) | • estado de salud |
| • color | • edad | • estado civil | • recibo de servicios de salud |
| • país de origen | • discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental) | • creencias políticas | • experiencia en reclamos |
| • credo | | • condición médica | • historial médico |
| • religión | | | • información genética |
| • orientación sexual | | | |

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

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

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

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

Quejas de derechos civiles

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

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

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

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

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

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

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

Minnesota Department of Human Rights (MDHR)

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

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

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

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

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

Minnesota Department of Human Services (DHS)

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

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

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

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

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

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

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Presentación del Manual para miembros

Este *Manual para miembros*, también conocido como *Evidencia de cobertura*, contiene información sobre la cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. En este documento, se explican los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo, según sea necesario. Los términos clave y sus definiciones figuran en orden alfabético en el Capítulo 12 de este *Manual para miembros*.

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

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

Para poder obtener este documento en otros formatos de manera gratuita, como en letra grande, braille o audio, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página.

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

Presentación del Manual para miembros 1

Descargo de responsabilidad..... 2

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro 3

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes11

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

Capítulo 4: Cuadro de beneficios37

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios79

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

Capítulo 7: Cómo solicitar que paguemos una factura por servicios o
medicamentos cubiertos101

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....107

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura,
apelaciones, quejas)115

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

Capítulo 11: Avisos legales153

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes155



Descargos de responsabilidad

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



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 contiene información sobre SeniorCare Complete, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Medical Assistance, y su inscripción en este. Además, contiene información sobre las expectativas y demás información que le enviaremos. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

- Introducción 3**
- A. Bienvenida a nuestro plan 4**
- B. Información sobre Medicare y Medical Assistance 4**
 - B1. Medicare 4
 - B2. Medical Assistance 4
- C. Ventajas de nuestro plan 4**
- D. Área de servicio de nuestro plan..... 5**
- E. Requisitos de elegibilidad para ser miembro de un plan 5**
- F. Expectativas de inscripción en nuestro plan de salud por primera vez..... 6**
- G. Su equipo de atención y su plan de atención 6**
 - G1. Equipo de atención 6
 - G2. Plan de atención..... 6
- H. Sus gastos mensuales de SeniorCare Complete 6**
- I. 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 7
 - J3. Lista de medicamentos cubiertos..... 8
 - J4. Explicación de beneficios 8
- K. Cómo mantener actualizado su registro de inscripción..... 9**
 - K1. Privacidad de su información médica personal (PHI) 9



A. Bienvenida a nuestro plan

Nuestro plan ofrece servicios de Medicare y de Medical Assistance a personas que cumplen los requisitos de ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de salud conductual y demás proveedores. Además, contamos con coordinadores y equipos de atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos colaboran entre sí para prestar la atención que usted 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 de menos 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 en Minnesota. El estado administra Medical Assistance y el gobierno estatal y federal lo pagan. Medical Assistance ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), y los gastos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que Medicare no cubre.

Cada estado decide lo siguiente:

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

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

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

- nosotros elijamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el estado de Minnesota nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Aunque nuestro plan no siga vigente en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medical Assistance no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora, nuestro plan le prestará todos los servicios con cobertura de Medicare y Medical Assistance, incluidos los medicamentos. 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 para usted. Algunas de las ventajas son las siguientes:

- Puede elegirnos para la mayoría de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de atención que usted ayuda a conformar. Su equipo de atención puede estar conformado por usted, su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.



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

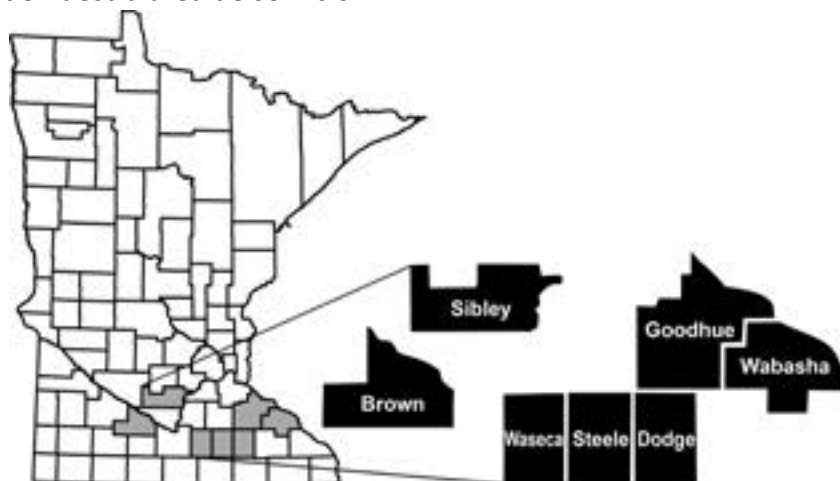
- Usted tiene acceso a un coordinador de atención. Esta persona trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Usted puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo y coordinador de atención.
- El equipo de atención y el coordinador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para atender sus necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegurará de lo siguiente:
 - » 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 podrá 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 obtener más información sobre las consecuencias de trasladarse fuera de nuestra área de servicio.



E. Requisitos de elegibilidad para ser miembro de un plan

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

- viva en nuestra área de servicio (se considera que las personas encarceladas no viven en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en esta); y
- tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B;
- tenga la ciudadanía o la residencia legal en los Estados Unidos; y
- sea elegible actualmente para Medical Assistance; y
- tenga 65 años o más.

Si pierde la elegibilidad, pero se prevé que la recuperará en un plazo de 90 días, seguirá siendo elegible para nuestro plan.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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



F. Expectativas de inscripción en nuestro plan de salud por primera vez

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

Debemos completar una HRA de 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 comunicaremos con usted para completar la HRA. Esta se puede completar en una visita presencial, por teléfono o por correo postal.

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 lo puede ayudar a obtener la atención que necesita. Este equipo puede estar conformado por 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 ayudar administrar la atención que necesita. A usted se le asigna un coordinador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también le remite a demás recursos comunitarios que es posible que nuestro plan no preste, 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 de atención y su equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. En el plan de atención, se le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye los servicios médicos, de salud conductual y de LTSS.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

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

Su equipo de atención se reunirá con usted después de completar la HRA. Le preguntará qué servicios necesita y también le dará información sobre los servicios que es posible que quiera recibir. Su plan de atención se elabora en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Sus gastos mensuales de SeniorCare Complete

Nuestro plan no tiene prima.

I. Este *Manual para miembros*

Este *Manual para miembros* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos cumplir todas las normas de este documento. Si considera que hemos hecho algo que incumple estas normas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección E2, de este *Manual para miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Asimismo, para solicitar una copia del *Manual para miembros*, puede llamar a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. 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.



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

El contrato estará en vigor durante los meses en que esté inscrito en nuestro plan, es decir, desde el 1 de enero de 2026 hasta 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

De acuerdo con nuestro plan, usted tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medical Assistance, incluidos los LTSS, determinados servicios de salud conductual y recetas médicas. Debe mostrar esta tarjeta para obtener servicios o recetas.

Aquí tiene un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:

En caso de deterioro, pérdida o robo de su tarjeta de identificación, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página de inmediato. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras esté inscrito en nuestro plan, no tendrá que usar la 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 las necesita más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, es posible que el proveedor emita una factura 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 para 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 deba que usar su tarjeta de Medical Assistance. Consulte el Capítulo 4, Sección E.



J2. Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias* se enumeran a los proveedores y a las farmacias que forman parte de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe atenderse con los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Para solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso), puede llamar a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de esta página. Las solicitudes de Directorios de proveedores y farmacias impresos se enviarán por correo postal en un plazo de tres días hábiles. Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que figura al final de la 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. También puede buscar proveedores con la herramienta Provider Online Search (Búsqueda de proveedores en línea) del sitio web.

Si es miembro nuevo de SeniorCare Complete, podrá seguir atendiéndose con sus médicos actuales por hasta 120 días en determinados casos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, Sección B.

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



Transcurridos los 120 días, deberá consultar con médicos y demás proveedores de nuestra red. Un proveedor de la red es aquel que trabaja con nuestro plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección B, para obtener más información sobre cómo obtener atención.

Definición de proveedores de la red

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

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

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son aquellas 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 quiera usar.
- Salvo en el caso de una emergencia, debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si quiere que nuestro plan le ayude con el pago de estas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la 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

Nuestro plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos *Lista de medicamentos* con fines de brevedad. Esta contiene qué medicamentos cubre nuestro plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare estarán incluidos en su *Lista de medicamentos*, a menos que hayan sido retirados y sustituidos según se describe en el **Capítulo 5, Sección E**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de SeniorCare Complete.

La *Lista de medicamentos* también dispone 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 es posible que se produzcan cambios en el transcurso del año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestra página web en la dirección que aparece al final de la página.

J4. Explicación de beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D, le enviamos un informe resumido que le ayudará a entender y a hacer un control de los pagos de sus medicamentos recetados de Medicare Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios* (EOB).



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

La EOB indica la cantidad total que usted, u otras personas en su nombre, han gastado en sus medicamentos de Medicare Parte D y la cantidad total que hemos pagado nosotros 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 aumentos de precio y demás medicamentos con un gasto compartido más bajo que podrían estar disponibles. Puede hablar con el profesional recetador sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6, Sección A de este *Manual para miembros* se presenta más información sobre la EOB y cómo esta sirve para hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos recetados.

También puede solicitar una copia de la EOB. Para ello, comuníquese con Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.

K. Cómo 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 asegurarnos de que tenemos sus datos correctos en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan utilizan su expediente de inscripción para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus importes de gasto compartido. Es por eso que 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 que surgen por un accidente automovilístico;
- admisión en un centro de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o en una sala de emergencias;
- cambio de cuidador (o de cualquier persona responsable por usted); y
- la participación en un estudio de investigación clínica.(NOTA: No está obligado a informarnos de su intención de participar en un estudio de investigación clínica, pero le sugerimos que lo haga.)

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

Además, llame al trabajador de su condado para informar de los siguientes cambios:

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

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

La información contenida en su registro de inscripción puede incluir datos personales de salud (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8 de este *Manual para miembros*.



Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a resolver sus dudas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y demás personas que puedan actuar en su defensa. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de este *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	18
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)	19
L. Programas de ayuda para el pago de medicamentos.....	20
L1. Ayuda adicional de Medicare.....	20
L2. Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)	21
L3. Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	21
M. Seguro Social	21
N. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).....	22
O. Seguro colectivo u otro seguro de una de empleadores	22



A. Servicios para Miembros

LLAME AL	1-866-567-7242. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (<i>de abril a septiembre</i>); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (<i>de octubre a marzo</i>). 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 1-800-627-3529. Este número es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (<i>de abril a septiembre</i>); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (<i>de octubre a marzo</i>).
FAX	1-507-431-6328
ESCRIBA A	South Country Health Alliance Attn: Member Services 6380 W Frontage Rd Medford, MN 55049 <i>Para escribirnos solo por decisiones de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.</i> South Country Health Alliance Attention: Prior Authorization 200 Stevens Drive, 4th Floor Philadelphia, PA 19113 <i>Para escribirnos solo por apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D</i> South Country Health Alliance Attention: Appeals 200 Stevens Drive, 4th Floor Philadelphia, PA 19113 <i>Para escribirnos solo para solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D.</i> South Country Health Alliance Attention: Direct Member Reimbursement 200 Stevens Drive, 4th Floor Philadelphia, PA 19113
CORREO ELECTRÓNICO	members@mnscha.org
SITIO WEB	www.mnscha.org

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

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones o facturación
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica



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

- Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:
 - » sus beneficios y servicios cubiertos; o
 - » el monto que pagamos por sus servicios de salud.
- 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 obtener 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 cualquier proveedor (incluidos los que no pertenecen a la red o los de la red). Un proveedor de la red es aquel 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 recibió (consulte la **Sección G**).
 - Puede llamarnos y explicarnos su queja al 1-866-567-7242. TTY: 1-800-633-3529 o 711.
 - Si su queja se refiere a una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener 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 con cobertura; o
 - » el monto que pagamos por sus medicamentos.
 - Esto rige para sus medicamentos de la Medicare Parte D, y para los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) de Medical Assistance.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de 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 sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9, Sección G**, de este *Manual para miembros*.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o 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).

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



- Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus 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 SeniorCare Complete le facturen los servicios. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos de cualquier cargo. Esto está exceptuado si usted paga los medicamentos de Medicare Parte D. Si pagó un servicio que considera que deberíamos haber cubierto, comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al final de esta página.
 - Para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso o pago de una factura recibida, consulte el **Capítulo 7, Sección A**, de este *Manual para miembros*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y nosotros denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9, Sección E**, de este *Manual para miembros*.

B. Servicios dentales

LLAME AL	Servicio de Atención al Cliente para Minnesota de Delta Dental: 1-866-398-9419. La llamada es gratuita. El horario de atención es de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. 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. 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
- Si tiene dudas sobre reclamaciones dentales
- Para obtener ayuda para programar una cita

C. Su coordinador de atención

Nuestros miembros tienen un coordinador de atención que les ayudan a coordinar los servicios necesarios. La coordinación de atención está a cargo de trabajadores sociales y enfermeros locales del condado. Llame a Servicios para Miembros, para que le ayuden a comunicarse con el coordinador de atención de su condado.

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



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

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

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

- dudas sobre su atención médica
- dudas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)
- dudas sobre traslados
- dudas sobre los Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)
 - Tiene que asistir a una Consulta de atención a largo plazo (LTCC) y se debe determinar su elegibilidad para recibir servicios o apoyos adicionales. Puede solicitar que se realice esta evaluación en su casa, apartamento, en el centro donde vive o en otro lugar acordado.

D. Línea de atención de enfermería las 24 horas

La línea de atención de enfermería le puede ayudar cuando necesite consejos médicos. Este recurso es gratuito para los miembros de SeniorCare Complete. Este útil servicio es atendido por personal de enfermería registrado con experiencia que responde sus preguntas sobre salud. Lo pueden ayudar a decidir qué hacer en caso de enfermedad o lesión, y está disponible las 24 horas al día, los 7 días a la semana. También puede visitar el sitio 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 puede usar el servicio de retransmisión que prefiera. La llamada es gratuita. O BIEN Llame al 1-800-627-3529. Este número es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Se atienden llamadas las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

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

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



E. Línea de crisis de salud mental de Minnesota

LLAME AL	Llame al número de teléfono correspondiente al condado en el que vive. La llamada es gratuita. Se atienden llamadas las 24 horas, los 7 días de la semana. Ofrecemos servicios de interpretación gratuitos 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 solo para personas con dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Se atienden llamadas las 24 horas, los 7 días de la semana.			

Comuníquese con la Línea de crisis de salud mental de Minnesota para obtener ayuda con lo siguiente:

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

F. Minnesota Aging Pathways

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores formados en todos los estados y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Minnesota, el SHIP se llama Minnesota Aging Pathways (previamente denominado 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 AL	1-800-333-2433 La llamada es gratuita.
TTY	Llame al Servicio de Retransmisión de Minnesota al 711 o utilice el servicio de retransmisión que prefiera. 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 dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

Comuníquese con Minnesota Aging Pathways para obtener ayuda con lo siguiente:

- dudas sobre Medicare
- los asesores de Minnesota Aging Pathways pueden resolver sus dudas sobre cómo inscribirse en plan nuevo y con lo siguiente:
 - entender sus derechos;
 - entender las opciones de su plan;
 - resolver dudas sobre los cambios de planes;
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento; y
 - solucionar problemas con sus facturas.

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

En nuestro estado, existe una organización llamada Commence Health. Se trata de un conjunto de médicos y demás profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención de personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-524-9900 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y días festivos, de 11:00 a. m. a 4:00 p. m. Se pueden dejar mensajes de voz las 24 horas.
TTY	Llame al 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	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

Comuníquese con Commence Health si necesita ayuda con lo siguiente:

- dudas sobre sus derechos de atención médica
- presentar una queja sobre la atención recibida si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención; por ejemplo, recibió el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo,
 - considera que su estancia hospitalaria está terminando 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 dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 (falla renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal responsable de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia firma contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Para llamar, debe tener un equipo telefónico especial.
CHAT EN VIVO	Hable por chat 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 en su área, incluidos los costos 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 AL	Departamento de Servicios Humanos de Minnesota Apoyo para Consumidores de Atención Médica (HCCS) 1-651-297-3672 (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 dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

TTY	Llame al 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 representante de sus intereses. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja y puede ayudarlo a entender qué hacer. El defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada también lo ayuda con problemas con los servicios o de facturación. El defensor del pueblo no tiene conexión alguna con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-651-431-2660 (área metropolitana de Twin Cities) O bien 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 P.O. Box 64249 St. Paul, MN 55164-0249
CORREO ELECTRÓNICO	dhsombudsperson@state.mn.us
SITIO WEB	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 dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



LLAME AL	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 personas con dificultades de audición o del habla. Para llamar, debe tener un equipo telefónico especial. 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

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. También existen otros programas de ayuda para personas con ingresos limitados, que se describen a continuación.

L1. Ayuda Adicional de Medicare

Dado que usted reúne los requisitos para recibir Medicaid, también reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No debe tomar medidas adicionales para obtener esta “Ayuda Adicional”.

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

Si considera que está pagando un importe incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan dispone de un proceso para ayudarle a obtener pruebas del importe correcto de su copago. Si ya tiene pruebas del importe correcto, podemos darle ayuda sobre cómo enviarnos esa prueba.

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



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

Cuando recibamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema, para que usted pueda pagar el importe de copago correcto cuando reciba su próxima receta. Si paga de más, le haremos un reembolso por cheque o emitiremos una nota de crédito para un copago a futuro. Si la farmacia no cobró el copago y usted tiene una deuda con dicha farmacia, nosotros podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos efectuar el pago directamente al estado. Si tiene dudas, 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 con VIH/SIDA que reúnen los requisitos del ADAP a acceder a medicamentos contra el VIH/SIDA que pueden salvarles la vida. Los medicamentos de la Medicare Parte D que también están en el formulario del ADAP están incluidos en la ayuda para el pago de los gastos compartidos de los medicamentos recetados. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota al 651-431-2414 o al 800-657-3761 (TTY 711).

Nota: Para poder ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, entre los que se incluyen la prueba de la residencia en el estado y la condición de VIH, cumplir la definición de bajos ingresos del estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, avise al trabajador local de inscripciones del ADAP para poder seguir recibiendo la asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos con cobertura o cómo inscribirse en el programa, llame al 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 recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual, para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, mediante un plan de pago que se distribuye en el transcurso del año calendario (enero-diciembre). Toda persona que tenga un plan de pago 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 podría ayudar con la administración de sus gastos, pero no constituye un ahorro ni reduce el costo de sus medicamentos. Si es participante en el Plan de pago de medicamentos recetados y permanece en el mismo plan, no tendrá que hacer nada para continuar con esta opción.** “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda del ADAP, para quienes reúnan los requisitos son más beneficiosos 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 administra la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para avisarles.

LLAME AL

1-800-772-1213

Las llamadas a este número son gratuitas.

Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.

Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas.

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



TTY	1-800-325-0778 Este número es solo para personas con dificultades de audición o del habla. Para llamar, debe tener un equipo telefónico especial.
SITIO WEB	www.ssa.gov

N. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

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

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Pulse “0” para hablar con un representante de la RRB, ▪ de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y ▪ de 9:00 a. m. al mediodía los miércoles. 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 solo para personas con dificultades de audición o del habla. Para llamar, debe tener un equipo telefónico especial. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

O. Seguro colectivo u otro seguro de empleadores

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o para jubilados en virtud de este plan, llame al administrador de beneficios de su empresa/sindicato o a los Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al final de la página si tiene alguna duda. Puede preguntar sobre los beneficios de salud que ofrece su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o para jubilados, las primas o el período de inscripción. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre la cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) para jubilados, comuníquese con el **administrador de beneficios colectivos**. El administrador de beneficios lo puede ayudar a entender cómo funcionará la cobertura de medicamentos vigente con nuestro plan.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 obtener atención médica y otros servicios con cobertura de nuestro plan. También dispone de información sobre su coordinador de atención, cómo obtener atención de distintos tipos de proveedores en determinadas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente a usted por los servicios que cubrimos y las normas para obtener equipos médicos duraderos (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

Índice

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

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



K.

Cobertura de atención médica en una institución religiosa no médica

33

K1.

Definición de institución religiosa no médica

33

K2.

Atención en una institución religiosa no médica

33

L.

Equipo médico duradero (DME)

33

L1.

DME para miembros de nuestro plan

33

L2.

Propiedad de los DME en caso de cambio a Original Medicare

34

L3.

Beneficios del equipo de oxígeno para miembros de nuestro plan

34

L4.

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

34



A. Información sobre servicios y proveedores

Los servicios comprenden la atención médica, los servicios y apoyos de largo plazo (LTSS), los suministros, los servicios de salud conductual, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y demás servicios. Los **servicios con cobertura** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. Los servicios con cobertura de atención médica, salud conductual y LTSS están en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*. Sus servicios con cobertura para medicamentos recetados y de venta libre figuran en el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

Los proveedores son médicos, personal de enfermería y demás personas que prestan servicios y atención a usted y que poseen una licencia emitida por el estado, según corresponda. En esta categoría también están incluidos los hospitales, las agencias de cuidado en el hogar, las clínicas y otras instituciones que prestan servicios de atención médica y de salud conductual, equipos médicos y algunos LTSS.

Los proveedores de la red son aquellos que aceptan nuestro plan. Ellos acuerdan aceptar nuestro pago como pago total. Nosotros acordamos que estos proveedores presten los servicios con cobertura a usted. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le prestan a usted. Cuando usted se atiende con un proveedor de la red, en general, no paga 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 los servicios de salud conductual y LTSS.

Por lo general, nuestro plan pagará los servicios médicos, los servicios de salud conductual y los LTSS que reciba si usted cumple nuestras normas. Para tener la cobertura del plan:

- La atención que reciba debe estar incluida en el Cuadro de beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.
- La atención médicamente necesaria es la adecuada para su enfermedad. Esto incluye la atención relacionada con problemas físicos y de salud mental. Incluye el tipo y el nivel de los servicios. Incluye la cantidad de tratamientos. Incluye además dónde recibe los servicios y por cuánto tiempo. Los servicios médicamente necesarios deben:
 - » Ser servicios que otros proveedores pedirían con frecuencia.
 - » Ayudarlo a mejorar o a mantener su nivel de bienestar.
 - » Ayudarlo a evitar que su enfermedad se agrave.
 - » Ayudarlo a prevenir o encontrar problemas de salud.
- **Usted debe recibir atención médica de proveedores de la red** (para más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). En general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. A continuación, le indicamos algunas excepciones de esta norma:
 - Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia que preste un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H** de este capítulo).
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre, pero que proveedores de nuestra red no pueden prestar, podrá obtenerla de un proveedor fuera de la red. Es posible que deba obtener una autorización previa antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener una autorización para usar un proveedor fuera de la red, visite la **Sección D4** de este capítulo.

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



- Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan por un breve periodo de tiempo cuando su proveedor no esté disponible temporalmente o no se pueda acceder a él.
- Cuando se inscriba por primera vez en el plan, podrá seguir atendiéndose con sus proveedores actuales por hasta 120 días en los siguientes casos:
 - » Una afección aguda.
 - » Una enfermedad física o mental potencialmente mortal.
 - » Una enfermedad física o de salud mental que esté incluida en la definición de discapacidad para participar en una o más actividades vitales importantes. Esto aplica a las discapacidades que duraron o que se prevé que durarán un año o que posiblemente conduzcan a la muerte.
 - » Una afección discapacitante o crónica que esté en fase aguda.
 - » Usted recibe servicios de atención médica con perspectiva cultural (con excepción de los servicios de traslado) y el plan no dispone de un proveedor de la red con experiencia especial en la prestación de estos servicios de atención médica con perspectiva cultural.
 - » Usted no habla inglés y el plan no dispone de un proveedor de la red que pueda comunicarse con usted, ya sea directamente o con la asistencia 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, por 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 los servicios de planificación familiar, que es un servicio de acceso abierto 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. Esto significa que se puede atender con cualquier médico, en cualquier clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Para obtener 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 para hablar sobre sus necesidades y deseos. Le ayudará a desarrollar y coordinar los apoyos y servicios identificados en su plan de atención. Como recurso local, un coordinador de atención puede ayudar con la identificación y el acceso a los servicios necesarios de mantenimiento de la salud. Puede ayudar con la programación de citas médicas o dentales y la coordinación de servicios después de una hospitalización.

La coordinación de la atención es proporcionada a los miembros de SeniorCare Complete por trabajadores sociales y personal de enfermería 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 la información de contacto de su coordinador de atención, llame a Servicios para Miembros para solicitarla nuevamente.

C3. Cómo cambiar de coordinador de atención

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



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

D. Atención de proveedores

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

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

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

Una clínica de atención primaria (PCC) es el primer lugar al que suele ir para recibir atención y que puede prestar la mayoría de los servicios de atención médica que necesita. Como miembro, usted elige su PCC o se le asigna uno si no lo elige en el momento de la inscripción. Si se atiende en un PCC, es más fácil que los proveedores de atención conozcan a usted y a su familia, y que usted conozca a estos proveedores.

Las clínicas de atención primaria cuentan con médicos de atención primaria. Por ejemplo, médicos generalistas, médicos de medicina interna, los médicos de familia, pediatras y tocoginecólogos.

Si considera que necesita atenderse con otro proveedor o especialista, la PCC puede ayudar a tomar esa decisión y hasta darle recomendaciones. Aunque no necesita una remisión para atenderse con un proveedor de nuestra red, la consulta en una PCC puede ayudarle a encontrar los servicios que necesita y a mantenerse informado sobre su atención.

Su elección de PCC

Cuando se inscribe en 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 capacitada para prestar atención médica básica.

Si se le asigna una PCC no tiene la obligación de atenderse allí, 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 de cambio de PCC

Puede cambiar de PCC por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCC se retire la red de nuestro plan. Si su PCC deja de participar en nuestra red, podemos ayudarle a encontrar una nueva PCC en nuestra red.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que presta atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen varios tipos de especialistas; por ejemplo:

- *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 afección crónica (en curso);
- una enfermedad física o de salud mental potencialmente mortal;
- una enfermedad o discapacidad degenerativa; y
- toda otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento con un especialista.

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



Si no obtiene nuestra autorización previa cuando la necesita, es posible que no le paguemos la factura. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al final de esta página.

D3. Qué sucede si un proveedor se retira de nuestro plan

Un proveedor de la red con el que se atiende se puede retirar de la red. Si uno de sus proveedores deja de participar en 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 se retira de nuestro plan, le avisaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente se atiende con este o si lo visitó en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red para que siga administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar la continuidad del tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo la atención.
- Le informaremos de los distintos periodos de inscripción a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red que sea accesible para usted, debemos coordinar con 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 atender sus necesidades médicas. Necesitará una autorización previa.
- Si se entera de que uno de sus proveedores se retirará de nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si considera que no hemos sustituido a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando su atención correctamente, usted tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), un reclamo sobre la calidad de la atención o ambos. (Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**).

D4. Proveedores fuera de la red

En algunos casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Si necesita un servicio con cobertura que no puede obtener de un proveedor de nuestra red, es posible que necesite nuestra autorización previa antes de atenderse con ese proveedor fuera de la red. Su médico o representante autorizado pueden ayudarle con este trámite. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Si se atiende con un proveedor fuera de la red, este debe reunir los requisitos para participar en Medicare o Medical Assistance.

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



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

E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Puede obtener servicios y apoyos de largo plazo (LTSS), como los servicios que presta el programa Exención para Personas Mayores (EW) como miembro de SeniorCare Complete. Los servicios y apoyo a largo plazo son una ayuda para personas que necesitan asistencia con tareas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o, en su comunidad, en un lugar elegible que usted elija. Hable con su coordinador de atención sobre cómo acceder a estos servicios.

- Debe asistir a una Consulta de atención a largo plazo (LTCC) y se debe determinar su elegibilidad para recibir servicios o apoyos adicionales. Puede solicitar que se realice esta evaluación en su casa, apartamento, en el centro donde vive o en otro lugar en el que 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 mudarse de un hogar para personas mayores u otro centro.

Si necesita servicios de planificación y coordinación de la transición para que lo ayuden a mudarse a la comunidad, es posible que sea elegible para los servicios de Mudanza a Casa Minnesota (MHM). El programa MHM es un servicio aparte de los servicios de EW, pero debe ser elegible para la 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, comuníquese con los Servicios para Miembros o con su coordinador de atención. Cualquiera de estos recursos lo podrán ayudar a encontrar la atención adecuada para usted y le informará si un servicio requiere autorización previa (aprobación antes de recibir el servicio).

G. Servicios de traslados

Si necesita un traslado de ida y de vuelta a los servicios de salud que cubrimos, llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página. Le proporcionaremos el traslado más adecuado y económico. No estamos obligados a proporcionar un traslado a su clínica de atención primaria si se encuentra a más de 30 millas de su casa o si elige un proveedor especializado que esté a más de 60 millas de su casa. Llame a Servicios para Miembros si no tiene una clínica de atención primaria a menos de 30 millas de su domicilio o si el proveedor especializado está a más de 60 millas.

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

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

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



H. Servicios con cobertura en caso de emergencia médica, de urgencia, o durante una catástrofe

H1. Atención en caso de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas, como una enfermedad, dolor grave, lesión grave o un problema médico que se agrava con rapidez. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que conduzca a lo siguiente:

- riesgo grave para su salud; o
- pérdida o daño grave de funciones corporales; o
- pérdida de un miembro o de su función.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o vaya a la Sala de Emergencias o al hospital más cercano. Pida una ambulancia, si la necesita. No necesita aprobación ni remisión de su PCC. No necesita atenderse con un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia con cobertura siempre que la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor que tenga la licencia estatal correspondiente, aunque no forme parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, dé aviso de su emergencia a nuestro plan.** Nosotros haremos 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 nos avisa transcurrido este plazo. Llame al número de Servicios para Miembros que figura al final de esta página o en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a una Sala de Emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*. **Nuestro plan no cubre la atención médica de emergencia que reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.**

Los profesionales que le presten la atención de emergencia decidirán cuándo su estado es estable y la emergencia médica haya terminado. Estos profesionales seguirán atendiendo y se comunicarán con nosotros para elaborar planes en caso de que necesite atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red asuman su atención lo antes posible.

Recibió atención de emergencia cuando no era una emergencia

A veces puede ser difícil determinar si está teniendo una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que se presente en la Sala de Emergencias y el médico le diga que no era realmente una emergencia. Siempre que haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

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

- se atiende con un proveedor de la red, o
- la atención adicional que reciba se considera “atención de urgencia” y sigue las normas para obtenerla. Consulte la próxima sección.

H2. Atención de urgencia

La atención de urgencia es aquella que recibe por una situación repentina que no califica como emergencia, pero para la que necesita atención inmediata. Por ejemplo, podría tener un brote de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.



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

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, y
- sigue las normas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable visitar a un proveedor de la red, debido a 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 de urgencia/aguda. (Se suelen denominar *clínicas de día*.)

- Los centros de atención de urgencia/aguda de la red de nuestro plan figuran en la Búsqueda de proveedores y en el *Directorio de proveedores y farmacias*. La Búsqueda de proveedores y el directorio se pueden consultar en nuestro sitio web www.mnscha.org.

También puede llamar a la Línea de atención de enfermería las 24 horas al número gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Este número está disponible los 7 días a la semana, las 24 horas, para ayudarle 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 consultas de rutina médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes aunque se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red del 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 los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante una catástrofe declarada: www.mnscha.org > Programs (Programas) > Medicare Programs (Programas de Medicare) > SeniorCare Complete > Getting Care During a Disaster (Cómo obtener atención durante una catástrofe).

Durante una catástrofe declarada, si no puede visitar a un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede ir a una farmacia de la red por una catástrofe declarada, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información.

I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios con cobertura

No permitimos que los proveedores de SeniorCare Complete le facturen estos servicios. Pagamos a los proveedores de manera directa y le protegemos de cualquier cargo.

Si pagó servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos con cobertura, consulte el **Capítulo 7, Sección B**, de este *Manual para miembros* para saber qué hacer.

No debe pagar facturas. Si lo hace, es posible que no podamos emitirle un reembolso.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

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



- que se determinen como médicamente necesarios,
- que figuren en el Cuadro de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*), y
- que se obtengan de acuerdo con las normas del plan.

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

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

El **Capítulo 9, Sección E**, de este *Manual para miembros* contiene una explicación de lo que debe hacer si quiere que cubramos un servicio o artículo médico. También dispone cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a los Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta cierto límite. Si excede el límite, usted deberá pagar el costo total para obtener una cantidad adicional de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de cada beneficio. 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 de atención médica 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. En un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare se suelen convocar voluntarios para participar en el estudio. Si usted participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios de atención (aquella que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** tiene la obligación de avisarnos ni de obtener nuestra aprobación ni la de su clínica de atención primaria. Los proveedores que le atienden como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no rige para los beneficios con cobertura para los que se necesita un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos determinados beneficios que exigen una cobertura con desarrollo de pruebas (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Para tales beneficios, es posible que se requiera una autorización previa y el cumplimiento de otras normas del plan.

Le recomendamos que nos avise 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 comunique 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 con cobertura como parte del estudio. Medicare paga los servicios con cobertura del estudio, así como los gastos de rutina asociados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que reciba en virtud del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- alojamiento y comida para una estancia hospitalaria que Medicare pagaría aunque no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación



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

- tratamiento de los posibles efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

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

J3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, puede leer “Medicare y estudios de investigación clínica” en el sitio web de Medicare www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

K. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa no médica

K1. Definición de institución religiosa no médica

Una institución religiosa no médica es un lugar que presta la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si la prestación de atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada no respeta sus creencias religiosas, cubriremos la atención en una institución religiosa no médica.

Este beneficio solo está disponible para los servicios de hospitalización de Medicare Parte A (servicios de atención no médica).

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”.

- Se entiende por tratamiento médico “no exceptuado” toda atención o tratamiento que sea **voluntario, pero no obligatorio** en virtud de una ley federal, estatal o local.
- Se entiende por tratamiento médico “exceptuado” toda atención o tratamiento que **no sea voluntario, pero obligatorio**, en virtud de la ley federal, estatal o local.

Para tener la cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica 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; de lo contrario, la estancia **no** estará cubierta.

Rigen los límites de cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados (consulte el Cuadro de beneficios del **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 la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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



Siempre será propietario de ciertos DME, como las prótesis.

Otros DME, deberá alquilarlos. En general, como miembro de nuestro plan, no será propietario de DME alquilados, independientemente del tiempo por el que los alquile.

En algunas situaciones excepcionales, le transferimos la propiedad del DME. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al final de la página para obtener más información.

Aunque haya tenido un DME por hasta 12 meses seguidos en virtud de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, no será el propietario del equipo.

L2. Propiedad de los DME en caso de cambio a Original Medicare

De acuerdo con el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos DME se convierten en propietarias de estos transcurridos 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar determinados tipos de DME antes de que puedan asumir su propiedad.

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 propietario del DME mientras estuvo inscrito en nuestro plan, y
- se da de baja de nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare por fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o de un plan de MA.

Si realizó pagos por el DME en virtud de Original Medicare o de un plan de MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos a Original Medicare o al plan de MA no se considerarán para los pagos que debe realizar después de darse de baja de 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 de MA para ser propietario del DME.
- No hay excepciones cuando vuelve a Original Medicare o a un plan de MA.

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

Si cumple los requisitos para recibir equipos de oxígeno cubiertos por Medicare, nosotros cubriremos 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 se debe devolver cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si se da de baja de 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 cancela su inscripción en nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, lo deberá alquilar a un proveedor por 36 meses. Los pagos mensuales de alquiler incluyen el equipo de oxígeno y los suministros y servicios que se indican previamente.

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



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

- Equipos, suministros y servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Equipos y suministros de oxígeno por hasta 5 años si son médicamente necesarios.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **transcurrido el periodo de 5 años**:

- Su proveedor ya no estará obligado a proporcionárselo, y usted puede optar por obtener equipos de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comenzará un nuevo periodo de 5 años.
- Alquilará a un proveedor por 36 meses.
- Su proveedor le proporcionará entonces el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Se iniciará un nuevo ciclo cada 5 años mientras el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando un equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted cancela su inscripción en nuestro plan y se cambia a otro plan de MA**, el plan cubrirá como mínimo lo que cubre Original Medicare. Puede solicitar al nuevo plan de MA qué equipo de oxígeno y suministro cubre y cuánto deberá pagar.



ESTÁ PÁGINA
SE DEJÓ INTENCIONALMENTE
EN BLANCO



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 contiene información sobre los servicios que cubre nuestro plan y sobre las restricciones o límites de dichos servicios. Además, dispone los beneficios no cubiertos en virtud de nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

- A. Sus servicios cubiertos.....38
- B. Normas que prohíben a nuestros proveedores cobrar servicios38
- C. Acerca del Cuadro de beneficios de nuestro plan38
 - C1. Programa de Beneficiarios Restringidos 39
- D. Cuadro de beneficios de nuestro plan40
- E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan76
 - E1. Otros servicios 76
- F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medical Assistance77



A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo dispone de los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está dispuesta en el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

Dado que recibe ayuda de Medical Assistance, no paga nada por los servicios con cobertura, siempre que respete las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3, Sección B** de este *Manual para miembros* para obtener información detallada sobre las normas de nuestro plan.

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

B. Normas que prohíben a nuestros proveedores cobrar servicios

Nuestros proveedores tienen prohibido emitir facturas a su nombre por servicios dentro de la red. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos de cualquier cargo. Esto es así aunque paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

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

C. Acerca del Cuadro de beneficios de nuestro plan

El Cuadro de beneficios indica los servicios que paga nuestro plan. Es una lista de servicios cubiertos por orden alfabético y su explicación.

Nosotros 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 (incluida la atención médica, los servicios de salud conductual y por consumo de sustancias, los suministros, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Se entienden por “médicamente necesarios” los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye los cuidados que evitan que usted ingrese en un hospital o centro de enfermería. También comprende los servicios, los suministros o los medicamentos que cumplen los estándares aceptados de práctica médica.
- La atención médicamente necesaria es aquella adecuada para su enfermedad. Esto incluye la atención relacionada con afecciones físicas y de salud conductual (incluida la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias). Incluye el tipo y el nivel de los servicios. Incluye además la cantidad de tratamientos. También incluye dónde recibe los servicios y por cuánto tiempo. Los servicios médicamente necesarios deben:
 - Ser servicios, suministros y medicamentos que otros proveedores indicarían habitualmente.
 - Ayudarlo a mejorar o a mantener su nivel de bienestar.
 - Ayudarlo a evitar el agravamiento de su enfermedad.
 - Ayudarlo a prevenir y detectar problemas de salud.
- En el caso de miembros nuevos, por los primeros 90 días, no podemos exigirle que obtenga la autorización previa para ningún tratamiento en curso, incluso si el tratamiento se inició por un servicio que comenzó 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 sea una emergencia o atención de urgencia o salvo que su plan o un proveedor de



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

la red haya efectuado una remisión. El **Capítulo 3, Sección D**, de este *Manual para miembros* contiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.

- Si un proveedor que eligió deja de formar parte de la red de nuestro plan, usted deberá elegir otro proveedor de la red del plan. Es posible que pueda continuar recibiendo los servicios de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red del plan por hasta 120 días por los siguientes motivos:
 - Una afección aguda.
 - Una enfermedad física o de salud mental potencialmente mortal.
 - Una enfermedad física o de salud mental que esté incluida en la definición de discapacidad para participar en una o más actividades vitales importantes. Esto aplica a las discapacidades que duraron o que se prevé que durarán un año o que posiblemente conduzcan a 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, por el resto de su vida, pueda continuar recibiendo los servicios de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red.
- Nosotros cubriremos los servicios que se indican en el Cuadro de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene previamente nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (PA). En el Cuadro de beneficios, los servicios cubiertos que necesitan PA están marcados con un asterisco (*). Si aprobamos una solicitud de PA para un tratamiento, la aprobación debe ser válida por el tiempo que sea médicamente razonable y 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 miembros que usaron indebidamente los servicios de salud. Esto incluye la obtención de servicios de salud que los miembros no necesitaban, el uso que significó un costo mayor del debido de los servicios o el uso de una manera ponga en riesgo la salud del miembro. SeniorCare Complete avisará a los miembros si son incorporados en el Programa de Beneficiarios Restringidos.
- Si usted es parte del Programa de Beneficiarios Restringidos, debe recibir servicios de salud de un único proveedor de atención primaria designado, una única clínica, un único hospital donde trabaje el proveedor de atención médica primaria y una única farmacia. SeniorCare Complete puede designar a otros proveedores de atención médica. Usted también podría ser asignado a una agencia de atención en el hogar. No podrá utilizar la opción de asistencia para cuidados personales ni las opciones de uso flexible ni los servicios dirigidos por el consumidor. No podrá utilizar el modelo presupuestario de los Servicios y Apoyos Comunitarios Primero (CFSS).
- Deberá atenderse con estos proveedores de atención médica designados por al menos 24 meses de elegibilidad para los Programas de Atención Médica de Minnesota (MHCP). Su proveedor de atención primaria debe efectuar todas las remisiones a especialistas y estas deben ser recibidas por el Programa para Beneficiarios Restringidos de SeniorCare Complete. Los beneficiarios restringidos no pueden pagar de su bolsillo para utilizar un proveedor no designado que sea del mismo tipo de proveedor que uno de sus proveedores designados.
- Si cambia de plan de salud, seguirá en el programa. También permanecerá en el programa si cambia a un MHCP de pago por servicio. No perderá la elegibilidad para el MHCP por haber sido incorporado en el programa.
- Después de transcurrido el plazo de 24 meses, se revisará su uso de los servicios de atención médica. Si continúa utilizando indebidamente los servicios de salud, continuará en el programa por otros 36 meses de elegibilidad.

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



- Usted tiene derecho a apelar su incorporación en el Programa de Beneficiarios Restringidos. Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha que figura en la notificación que le enviamos. Debe apelar en un plazo de 30 días para evitar que se implemente la restricción durante su apelación. Puede solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial con el estado) después de recibir nuestra decisión de que implementaremos la restricción. Consulte el **Capítulo 9**, para obtener más información sobre su derecho de apelación.
- El Programa de Beneficiarios Restringidos no se aplica a los servicios cubiertos por Medicare. Si utiliza medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso es adecuado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si determinamos que el uso de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener dichos medicamentos. Consulte el **Capítulo 5, Sección G3**, para obtener más información.

D. Cuadro de beneficios de nuestro plan

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	Detección de aneurisma aórtico abdominal Nosotros pagamos una única ecografía de detección para personas de riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted presenta determinados factores de riesgo y si lo remite su médico, asistente médico, personal de enfermería o especialista en enfermería clínica. Podemos cubrir exámenes adicionales si son médicamente necesarios.	\$0
	Acupuntura Los servicios de acupuntura se cubren cuando son ofrecidos por un acupunturista certificado o por otro profesional certificado de Minnesota que se haya capacitado en acupuntura y tenga las credenciales correspondientes. Pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si padece lumbalgia crónica, que se define como: ▪ de una duración de 12 semanas o más; ▪ no específica (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse; por ejemplo, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); ▪ no asociada con cirugía; y ▪ no asociada con el embarazo. Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para la lumbalgia crónica si muestra mejoría. No podrá obtener más de 20 tratamientos por año de acupuntura por lumbalgia crónica. Los tratamientos de acupuntura deben interrumpirse si no mejora o si empeora. Además, pagaremos hasta 20 unidades de servicios de acupuntura por año calendario sin autorización; deberá solicitar una autorización previa si necesita unidades adicionales por las siguientes razones: ▪ dolor agudo y crónico ▪ depresión ▪ ansiedad ▪ esquizofrenia ▪ síndrome de estrés postraumático ▪ insomnio	\$0

Este beneficio continúa en la página siguiente.



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Acupuntura (<i>continuación</i>) - asesoramiento para dejar de fumar - síndrome de las piernas inquietas - trastornos menstruales - xerostomía (sequedad de la boca) asociada con lo siguiente: - síndrome de Sjögren - radioterapia - náuseas y vómitos asociados con lo siguiente: - procedimientos posoperatorios - embarazo - tratamientos contra el cáncer Requisitos para proveedores: Los médicos (según se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden prestar el servicio de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros profesionales (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se definen en la sección 1861(aa) (5) de [la Ley]) y el personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales vigentes y poseen lo siguiente: - un título de grado de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental emitido por una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, - una licencia vigente, plena, 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
 Detección del consumo abusivo de alcohol y asesoramiento Pagamos una prueba de detección del consumo de alcohol para adultos que consumen alcohol indebidamente, pero no son dependientes. Esto incluye a mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de detección del consumo indebido de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial al año (si puede y presta atención en el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (PCP) o profesional calificado en un centro de atención primaria. (Consulte la sección “Servicios ambulatorios por consumo de sustancias” de este cuadro para conocer las prestaciones adicionales con cobertura.)		\$0



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia están cubiertos, ya sea en casos de emergencia o no, e incluyen el servicio de ambulancia por tierra y aire (aeronave o helicóptero). La ambulancia hará el traslado al lugar más cercano que pueda atenderlo. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un lugar de atención puedan poner en riesgo grave su salud. Nosotros debemos aprobar servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia). Cuando no se traten de emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su estado debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud.		\$0
 Visita anual de bienestar Puede hacerse un chequeo anual. Esta visita es para elaborar o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Lo pagamos una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede ser dentro de los 12 meses posteriores a la visita de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya asistido a una visita de Bienvenida a Medicare para poder asistir a visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.		\$0
 Medición de la masa ósea Pagamos determinados procedimientos a los miembros que cumplen los requisitos (normalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). En estos procedimientos, se identifica la masa ósea, se determina la pérdida ósea o la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. Además, pagamos al médico que analiza y comenta los resultados.		\$0
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: ▪ Una mamografía de detección cada 12 meses ▪ Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses		\$0
Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir determinadas condiciones y tener una orden médica. También cubrimos los programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.		\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
 Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardíacas) Pagamos una visita al año, o más, si son médicamente necesarias, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardíaca. En la visita, el médico puede: ▪ analizar el uso de aspirina; ▪ controlar su presión sanguínea; o ▪ darle consejos para garantizar que se está alimentando 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
Coordinador de atención Pagamos los servicios de coordinación de atención, incluidos los siguientes: ▪ Ayuda para organizar, obtener y coordinar evaluaciones, pruebas, y servicios y apoyos de salud y a largo plazo. ▪ Trabajo con usted para elaborar y actualizar su plan de atención. ▪ Apoyo y comunicación con diferentes organismos y personas. ▪ Coordinación de otros servicios, según lo previsto en su plan de atención. 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. En el transcurso de su trabajo en conjunto, podrán comunicarse por teléfono, en persona o de otras formas que le ayuden a aprovechar al máximo la coordinación de la atención. Juntos, elaborarán un plan para que la coordinación de atención sea útil para usted. Nuestros equipos de coordinación de atención tienen sedes locales en su condado y comunidad. Como recurso local, su coordinador de atención lo puede ayudar a identificar y acceder a los servicios necesarios para mantenerse sano. Si tiene alguna duda o necesita ayuda para acceder a su coordinador de atención, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página. La coordinación de atención está siempre a su disposición. Puede dejar de utilizar este servicio en cualquier momento y, para ello, debe avisar a su coordinador de atención o comunicarse con SeniorCare Complete. Si quiere cambiar de coordinador de atención, llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página. Si se le ofrece la administración de casos del condado y no quiere trabajar con un administrador de casos del condado, puede solicitar que un coordinador de atención de SeniorCare Complete trabaje con usted en su lugar. Pagamos los siguientes servicios: ▪ Una evaluación para determinar cómo lo puede ayudar su coordinador de atención con las necesidades de atención médica, vivienda, seguridad alimentaria y otras necesidades. ▪ Ayuda con la organización, coordinación y realización de evaluaciones o pruebas y servicios de atención médica, como de odontología, salud conductual, rehabilitación y atención primaria.	<i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0

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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	Coordinador de atención (continuación) - Creación y actualización de su plan de atención en función de sus necesidades y objetivos particulares, y trabajo con las personas que usted elija. - Con su permiso, nuestros coordinadores de atención se pueden comunicar con agencias y personas que lo pueden ayudar a atender sus necesidades de las siguientes maneras: - Colaborar con usted y con otras personas que usted elija si cambian sus necesidades de atención médica o es hospitalizado. - Ayudarlo a encontrar los recursos que necesita en su comunidad. - Trabajar con los administradores de casos de exención de servicios en el hogar y comunitarios, u otros administradores de casos. - Con su participación, nuestros coordinadores de atención también: - Lo ayudarán a establecer objetivos para su salud y bienestar, y trabajarán con usted para alcanzarlos. - Se comunicarán o reunirán con usted con frecuencia, para hablar de su salud y bienestar. - Le enviarán recordatorios cuando necesite servicios preventivos, pruebas o citas que formen parte de su plan de atención.	
	Prueba de detección de cáncer de cuello uterino 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.	\$0
	Servicios quiroprácticos Pagamos los siguientes servicios: - Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. - Una evaluación o examen por año calendario. - Manipulación manual (ajuste) de la columna vertebral para tratar la subluxación de la columna vertebral. - Radiografías, cuando sean necesarias para fundar un diagnóstico de subluxación de la columna vertebral. Nota: Nuestro plan no cubre otros ajustes, vitaminas, suministros médicos, terapias y equipos de un quiropráctico.	\$0
	Servicios de control y tratamiento del dolor crónico Son servicios mensuales con cobertura para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la administración de medicamentos y la coordinación y planificación de la atención.	



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	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 pacientes que no son de alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tienen 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 previo. - Está cubierta la colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal 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 la última colonoscopia de detección. Para los pacientes de alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección si se realiza después de transcurridos 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. Se cubre una vez cada 120 meses para pacientes que no presenten un riesgo elevado desde la última colonoscopia de detección. Se cubre una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema baritado. - Análisis 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 y que no cumplan criterios de alto riesgo. Se cubre 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. Se cubre una vez cada 3 años. - Enema baritado como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y a los 24 meses a partir del 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 que no sean de alto riesgo y que tengan 45 años o más. Se cubre una vez después de que hayan transcurrido 48 meses desde el último enema baritado de detección. o la última colonoscopia 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 dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
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 completa. No se garantiza una cobertura específica. Se pueden aplicar límites a los servicios que se indican en la siguiente sección de servicios dentales. Es posible que algunos servicios requieran o no autorización previa por necesidad médica. Para obtener más información sobre estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros 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 imágenes, limitados a lo siguiente: » radiografía interproximal » radiografías simples para el diagnóstico de problemas » panorámica » radiografías de la boca completa Servicios preventivos: ▪ tratamiento de caries ▪ limpiezas dentales ▪ barniz de flúor ▪ selladores ▪ instrucciones sobre higiene oral Servicios de restauración: ▪ empastes ▪ empaste calmante para el alivio del dolor ▪ coronas individuales, siempre que sean de acero inoxidable o de resina* (cubrimos una corona de porcelana creada en laboratorio por año calendario) Endodoncia (tratamiento de conducta) Cirugía oral* ▪ extracción de dientes Ortodoncia* (con autorización previa) Periodoncia: ▪ eliminación bruta de placa y sarro ▪ raspado del sarro y alisado radicular* ◦ procedimientos de seguimiento (mantenimiento periodontal) (por dos años luego del raspado del sarro y alisado radicular)	<i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	Servicios dentales (continuación) Prostodoncia: ▪ prótesis extraíbles (dentaduras completas, parciales, sobredentadura) (una prótesis cada tres años por arco dental) ▪ ajustes, modificaciones, revestimientos, rebasado y reparaciones de las prótesis extraíbles (dentaduras completas y parciales) ▪ reemplazo de prótesis perdidas, robadas o dañadas que no puedan repararse en ciertas circunstancias* ▪ reemplazo de prótesis parciales si la existente no se puede modificar para atender las necesidades dentales* ▪ recubrimiento para acondicionamiento del tejido ▪ ajustes de precisión y reparaciones Servicios dentales generales adicionales: ▪ tratamiento de emergencia por dolor dental ▪ anestesia general, sedación profunda ▪ centro de cuidados prolongados/visita a domicilio en ciertas instituciones, que incluyen lo siguiente: ▪ centros de enfermería, centros de enfermería especializada, hogares de cuidado residencial, instituciones para enfermedades de salud mental (IMD), centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo (ICF/DD), centros de cuidados paliativos, opciones de tratamiento prolongado de Minnesota (METO) y camas adaptables (una cama de un centro de enfermería en un hospital) ▪ gestión de la conducta cuando sea necesario para garantizar que el servicio dental cubierto se prestó correctamente y de forma segura ▪ medicamentos (solo cuando sean médicamente necesarios para afecciones muy limitadas) ▪ óxido nitroso ▪ ajustes de la mordida ▪ sedantes orales o por vía intravenosa Notas: Si elige recibir beneficios dentales de un Centro de Salud Calificado a Nivel Federal (FQHC) o en una clínica dental de gestión estatal, tendrá los mismos beneficios a los que accede con Medical Assistance. Si es miembro nuevo en nuestro plan de salud y ya inició un plan de tratamiento de servicio dental, comuníquese con nosotros para coordinar la atención. Si comienza a recibir servicios de ortodoncia, no le solicitaremos que complete el plan de tratamiento para pagar al proveedor por los servicios recibidos. Pagaremos algunos servicios odontológicos si son parte integrante del tratamiento específico de una afección médica primaria de una persona. Por ejemplo, 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 orales previos a un trasplante de riñón.	\$0

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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
 Detección de la depresión Pagamos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección se debe realizar en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento o remisiones. Podemos cubrir exámenes adicionales si son médicamente necesarios.		\$0
 Detección de la diabetes Pagamos esta detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: ▪ presión arterial alta (hipertensión) ▪ antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) ▪ obesidad ▪ antecedentes de hiperglucemia (glucosa) Es posible que se cubran las pruebas en algunos otros casos; por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Podría reunir los requisitos para hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente. Podemos cubrir exámenes adicionales si son médicamente necesarios.		\$0
 Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas diabéticas (utilicen insulina o no): ▪ Suministros para controlar la glucosa en sangre, incluidos los siguientes: » <i>un medidor de glucosa en sangre</i> » <i>tiras reactivas de glucosa en sangre</i> » <i>dispositivos de lanceta y lancetas</i> » <i>soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores</i> ▪ En el caso de las personas con diabetes que padezcan enfermedad grave de pie diabético, el plan pagará los siguientes gastos: » un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario; o bien » un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (no se incluyen las plantillas extraíbles no personalizadas que se entregan con dichos zapatos) ▪ En algunos casos, pagamos cursos de capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Para obtener la lista de marcas y fabricantes de suministros para la diabetes que pagamos, comuníquese con Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web www.mnscha.org .		\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual para miembros</i> para conocer las definiciones de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: ▪ sillas de ruedas ▪ muletas ▪ sistemas de colchones eléctricos ▪ suministros para la diabetes (para los suministros para la diabetes, 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 estándar de mango curvo o cuádruple y suministros para recambio ▪ tracción cervical (sobre la puerta) ▪ estimulador óseo ▪ equipos de diálisis Cubrimos artículos adicionales, incluidos los siguientes: ▪ reparaciones de equipos médicos ▪ baterías para equipos médicos ▪ dispositivos de limpieza de las vías respiratorias ▪ suministros médicos que necesite para tratar su enfermedad, lesión o discapacidad ▪ productos para la incontinencia ▪ productos nutricionales o enterales cuando se cumplan condiciones específicas ▪ suministros de planificación familiar (para obtener más información, consulte la sección “Servicios de planificación familiar” de este cuadro) ▪ dispositivos de comunicación aumentativa, incluidas las tabletas electrónicas ▪ dispositivos de detección de convulsiones Se podrían cubrir 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 en particular, puede consultar si puede hacer un pedido especial para usted.	\$0



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	Servicios de exención para personas mayores (Servicios En el Hogar y Comunitarios)* ▪ Servicios de acompañamiento para personas adultas: atención no médica, supervisión y socialización. ▪ Servicios diurnos para personas adultas (ADS) y de ADS Bath: programa de actividades individualizado y autorizado para atender las necesidades de salud y sociales evaluadas de un adulto mayor. ADS Bath es opcional. También incluye los servicios familiares diurnos para adultos (FADS). ▪ Atención en hogar de acogida para personas adultas: atención residencial y servicios de apoyo autorizados y apropiados para adultos en un entorno familiar. ▪ Administración de casos: ofrece acceso a evaluaciones, planificación centrada en la persona, remisión, vinculación, planificación de apoyos, coordinación y defensa de los servicios de exención, recursos y apoyos informales. ▪ Servicios de tareas domésticas: ayuda para usted o su cuidador principal con servicios domésticos intensos, para ayudar a mantener un entorno limpio, higiénico y seguro. ▪ Servicios de apoyo comunitario dirigidos por el consumidor: servicios que usted mismo diseña para atender sus necesidades y que usted administra de acuerdo con un presupuesto establecido. ▪ Vida personalizada/vida personalizada las 24 horas: un conjunto de servicios individualizados programados con regularidad (servicios relacionados con la salud y servicios de apoyo) que se prestan en un centro de vida asistida autorizado o en otro entorno residencial calificado. ▪ Adaptaciones para la accesibilidad en el entorno (EAA): adaptaciones físicas, incluidas las evaluaciones y modificaciones de su vivienda o vehículo principal, para garantizar su salud y seguridad o permitirle funcionar con mayor independencia. ▪ Servicios ampliados de cuidado en el hogar del plan del estado: incluye los servicios de atención médica en el hogar y de enfermería que excedan el límite de Medical Assistance. ▪ Atención ampliada de enfermería en el hogar del plan estatal: incluye los servicios de atención de enfermería en el hogar que excedan el límite de Medical Assistance. ▪ Servicios Ampliados de Asistencia para Cuidados Personales (PCA) del plan estatal y Servicios y Apoyos Comunitarios Primero (CFSS). Ayuda con el cuidado personal y las actividades de la vida diaria (ADL) que excedan el límite de Medical Assistance. Los trabajadores de apoyo directo también pueden ayudar con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) con cobertura. ▪ Servicios para familias/cuidadores: capacitación de cuidadores y asesoramiento para cuidadores. ▪ Envío de comidas a domicilio: envío a su casa de una comida adecuada y nutricionalmente equilibrada. ▪ Servicio doméstico: servicios que le ayudan a administrar la limpieza general y las actividades domésticas. ▪ Servicios individuales de apoyo a la vida comunitaria: un servicio combinado que ofrece asistencia y apoyo para que permanezca en su casa, incluidos recordatorios, indicaciones, supervisión recurrente o asistencia física. ▪ Atención de relevo: servicio de corta duración cuando usted no puede cuidar de sí mismo y su cuidador no remunerado necesita ayuda. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Servicios de exención para personas mayores (Servicios En el Hogar y Comunitarios)* (continuación) - Equipos y suministros especializados: suministros y equipos que exceden el límite o la cobertura de Medical Assistance o que no forman parte de otra cobertura de Medical Assistance, pero que están especificados en su plan de apoyo. Esto incluye el sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS). - Servicios de transición: artículos y apoyos necesarios para la mudanza de un hogar de acogida, un hospital o un hogar para personas mayores a una vivienda independiente o semiindependiente en la comunidad. - Traslado (no médico): le permite acceder a actividades y servicios de exención en la comunidad que están identificados en su plan de apoyo en la comunidad. Para obtener estos servicios de la Exención para personas mayores (EW), debe someterse a una evaluación de MnCHOICES, antes denominada Consulta de atención a largo plazo (LTCC), y se debe determinar que está en el nivel de atención de hogar para personas mayores. Puede solicitar que esta evaluación se realice en su casa, apartamento o en el centro en el que viva. Su coordinador de atención de MSHO se reunirá con usted y su familia para hablar de sus necesidades de atención en un plazo de 20 días si llama para solicitar una visita. Su coordinador de atención de MSHO le dará información sobre los servicios comunitarios, lo ayudará a encontrar servicios para permanecer en su casa o en la comunidad, y para salir de un hogar para personas mayores u otro centro. Tiene derecho a que amigos o familiares estén presentes en la visita. Puede designar a un representante que le 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. Puede tomar decisiones definitivas sobre su plan de servicios y ayuda. Puede elegir qué proveedor de la red de nuestro plan quiere que preste los servicios y la ayuda. Después de la visita, el coordinador de atención de MSHO le enviará un resumen de la evaluación en el que se recomiendan los servicios que mejor se adaptan a sus necesidades. También le enviará una copia del plan de atención que ha ayudado a elaborar. Su coordinador de atención de MSHO le ayudará a presentar una apelación si no está de acuerdo con los servicios sugeridos o si le informan de que no reúne los requisitos para recibirlos. Las personas que viven en White Earth, Leech Lake, Red Lake, Mille Lacs, o Fond du Lac Reservations pueden optar por obtener sus servicios de EW a través de la división de salud o servicios humanos de la Nación Tribal o de nuestro plan. Comuníquese con la Nación Tribal o con nuestro plan si tiene alguna duda. Si actualmente participa en los programas de Acceso Comunitario para la Inclusión de Discapacitados (CADI), Atención Alternativa Comunitaria (CAC), Lesión Cerebral (BI), o de exención de Discapacidad del Desarrollo (DD), seguirá recibiendo los servicios cubiertos por estos programas de la misma manera que ahora. El administrador de casos de su condado o de la Nación Tribal seguirá autorizando estos servicios y coordinándolos con su coordinador de atención de MSHO. Si necesita servicios de planificación y coordinación de la transición para que lo ayuden a mudarse a la comunidad, es posible que sea elegible para los servicios de Mudanza a Casa Minnesota (MHM). El programa MHM es un servicio aparte de los servicios de EW, pero debe ser elegible para la EW.	Servicios de exención para personas mayores (Servicios En el Hogar y Comunitarios)*	\$0

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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Atención de emergencia Por atención de emergencia se entienden los servicios que son: ▪ prestados por un proveedor formado para prestar servicios de emergencia; y ▪ necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor grave o afección médica que se agrava con rapidez. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que conduzca a lo siguiente: ▪ riesgo grave para su salud; o ▪ daño grave a las funciones corporales; o ▪ pérdida de un miembro o pérdida de su función. 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 después de que se haya estabilizado la emergencia, deberá trasladarse a un hospital de la red para que se pueda seguir pagando su atención. Puede quedarse en un hospital fuera de la red para recibir atención hospitalaria solo si nuestro plan aprueba la estancia.		\$0 Ver la NOTA* en la columna de beneficios
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, dentro o fuera de la red, para determinados servicios de planificación familiar. Estos se denominan servicios de libre acceso. Esto es, cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: ▪ examen de planificación familiar y tratamiento médico ▪ pruebas de diagnóstico y de laboratorio para la planificación familiar ▪ métodos de planificación familiar (por ejemplo, píldoras anticonceptivas, parches, anillos, dispositivos intrauterinos [DIU], inyecciones, implantes) ▪ suministros recetados para la planificación familiar (por ejemplo, condones, esponjas, espuma, láminas anticonceptivas, diafragma, capuchón cervical) ▪ asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados ▪ asesoramiento y pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STD), SIDA y demás afecciones relacionadas con el VIH ▪ tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STD) ▪ esterilización voluntaria ▪ asesoramiento genético Además, pagamos otros servicios de planificación familiar. No obstante, deberá consultar con un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios: ▪ Tratamiento de afecciones médicas de infertilidad. (Este servicio no incluye métodos artificiales para concebir un embarazo.) ▪ Tratamiento del SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. ▪ Pruebas genéticas.		\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	Programas de educación para la salud y el bienestar Ofrecemos los siguientes programas de educación para la salud y el bienestar: ▪ Recompensas Take Charge!: están disponibles las recompensas en tarjetas de regalo por asistir a ciertas visitas de atención médica preventiva, como un examen dental, mamografía de detección, prueba de detección de cáncer colorrectal, y más. Llame a los Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web para obtener más información. ▪ Programa de ejercicios Be Active!: 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). Para obtener más información, comuníquese con su programa local de Educación Comunitaria o con Servicios para Miembros. ▪ Mejora de atención de enfermedades crónicas: los miembros pueden recibir material educativo específico para cada enfermedad y ayuda para mantener su plan de atención para insuficiencia cardíaca, asma y diabetes. ▪ Ayuda para dejar de fumar: Los miembros pueden acceder de forma gratuita a ayuda y educación por teléfono y en línea. Puede llamar al Programa EX al 1-833-EXCOACH (1-833-392-6224), los usuarios de TTY deben llamar al 711. ▪ Servicio de atención de enfermería las 24 horas: este útil servicio es atendido por personal de enfermería registrado para responder sus preguntas de salud. El personal lo puede ayudar a decidir qué hacer en caso de enfermedad o lesión y está disponible las 24 horas, 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 obtener más información, visite www.mnscha.org o llame a Servicios para Miembros. ▪ PERS (Sistema Personal de Respuesta a Emergencias)*: Los miembros actuales pueden recibir un Sistema Personal de Respuesta a Emergencias cuando este no esté cubierto por otro beneficio, como los programas de exención. PERS es un sistema de alerta médica destinado a apoyar la vida independiente.	\$0
	Servicios de salud* Pagamos los siguientes servicios: ▪ Servicios de Enfermería de Práctica Avanzada: servicios prestados por personal de enfermería especializado, personal de enfermería anestesista, personal de enfermería obstétrica o un especialista en enfermería clínica. ▪ Inmunoterapia para alergias y pruebas de alergias. ▪ Salud conductual en el hogar: coordinación de los servicios de salud física y conductual. ▪ Cobertura de ensayos clínicos: atención de rutina que es: » prestada como parte del protocolo de tratamiento de un ensayo clínico; » habitual, tradicional y adecuada para su estado de salud; y » que normalmente se presta por fuera de un ensayo clínico. Esto incluye servicios y artículos necesarios para el tratamiento de los efectos y complicaciones del protocolo de tratamiento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3. ▪ Coordinación de la atención con un agente de salud comunitario y servicios de educación para el paciente. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0

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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Servicios de salud* (continuación) ▪ Servicios de técnicos en emergencias médicas de la comunidad (CMET) » visitas posteriores al alta de un hospital/a la estancia en un hogar para personas mayores y convalecientes, solicitadas por su proveedor de atención primaria » visitas de evaluación de la seguridad solicitadas por su proveedor de atención primaria ▪ Paramédico de la comunidad: determinados servicios prestados por un paramédico de la comunidad. Los servicios deben formar parte de un plan de atención ordenado por su proveedor de atención primaria. Los servicios pueden incluir los siguientes: » evaluaciones de salud » control de enfermedades crónicas y educación » ayuda con medicamentos » inmunizaciones y vacunas » recolección de muestras de laboratorio » atención de seguimiento después de haber recibido tratamiento en un hospital » otros procedimientos médicos menores ▪ Coordinación del Servicio de Extensión Comunitaria del Hospital (IRSC): coordinación de servicios tendientes a reducir el uso de las salas de emergencia (ER) de hospitales en determinadas circunstancias. Este servicio aborda las necesidades de salud, sociales, económicas y de otro tipo de los miembros, para ayudar a reducir el uso de las ER y demás servicios de salud. ▪ Servicios de personal de enfermería en salud pública certificado o de enfermería registrada que ejerza en una clínica de enfermería de salud pública de una unidad gubernamental. ▪ Telemonitoreo: uso de la tecnología para dar atención y apoyo a las necesidades de salud complejas de los miembros desde una ubicación remota, como la casa del miembro. El telemonitoreo puede hacer un seguimiento de los signos vitales de un miembro mediante un dispositivo o equipo que envía los datos electrónicamente a su proveedor para que este los revise. Algunos ejemplos de signos vitales que se pueden controlar a distancia son la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y los niveles de glucosa ▪ Administración 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 que realice su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Cubrimos artículos y servicios adicionales, incluidos los siguientes: ▪ Audífonos y baterías* ▪ Reparación y reemplazo* de audífonos por desgaste normal, con límites		\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
 Detección del VIH Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses a las personas que: ▪ solicitan una prueba de detección del VIH; o ▪ corren un mayor riesgo de infección por VIH. Si está embarazada, nosotros pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo. Podemos cubrir beneficios adicionales.		\$0
	Dispositivos o modificaciones de seguridad para el hogar y el baño y suministros* Dispositivos o modificaciones de seguridad para el hogar y suministros que promuevan la salud o una vida independiente segura, como barras de apoyo, asientos para ducha o bañera, pasamanos, cintas antideslizantes, sillas de ruedas temporales, rampas y sillones elevadores. Solo para artículos o servicios no cubiertos por la exención, con un máximo de \$1000 por año. Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda y acceder este beneficio.	\$0
	Comidas a domicilio* Hasta 140 comidas (1 comida por día por hasta 7 días por semana por 10 semanas, por evento) después del alta hospitalaria. 2 eventos por 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
	Atención médica en el hogar Antes de que pueda recibir servicios de atención médica en el hogar, un médico debe indicarnos que los necesita y estos deben ser prestados por una agencia de atención médica en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa supone un gran esfuerzo. Pagamos los siguientes servicios, y posiblemente otros que no figuran en esta lista: ▪ servicios de enfermería especializada y de asistencia de atención médica en el hogar de tiempo parcial o intermitente (estarán cubiertos en virtud del beneficio de asistencia de atención médica en el hogar; los servicios de enfermería especializada y de asistencia a la atención médica en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) ▪ fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ servicios médicos sociales ▪ equipos y suministros médicos ▪ terapia respiratoria ▪ atención de enfermería en el hogar (HCN) ▪ servicios de un asistente de cuidados personales (PCA) y Servicios y Apoyos Comunitarios Primero (CFSS)	\$0

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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
terapia de infusión en el hogar* Nosotros pagamos la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran por vía intravenosa o se aplican bajo la piel y se suministran en su casa. Para realizar la terapia de infusión en el hogar, se necesita lo siguiente: ▪ el medicamento o la sustancia biológica, como un antivírico o una inmunoglobulina; ▪ equipos, como una bomba; y ▪ suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros: ▪ servicios profesionales, incluidos los de enfermería, que se presten de acuerdo con su plan de atención; ▪ capacitación y educación de los miembros que no estén ya incluidas en el beneficio de DME; ▪ monitoreo a distancia; y ▪ servicios de control para la prestación de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.		\$0
Centro de cuidados paliativos Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que su pronóstico es terminal. Esto significa que padece una enfermedad terminal y que se espera que le queden seis meses de vida o menos . Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés económico. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios con cobertura incluyen los siguientes: ▪ medicamentos para tratar los síntomas y el dolor ▪ atención de relevo a corto plazo ▪ atención en el hogar Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que se relacionen con su pronóstico terminal se facturan a Medicare. Original Medicare (y no nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos los servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A o B que se relacionen con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan: Para servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B: ▪ Cubrimos servicios que Medicare Parte A o Medicare Parte B no cubren. Cubrimos los servicios independientemente de que se relacionen con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.	<i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	Centro de cuidados paliativos (continuación) Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3, de este <i>Manual para miembros</i>. Nota: Si necesita atención distinta a la de cuidados paliativos, debe llamar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros para planificar tales servicios. La atención no considerada de cuidados paliativos es aquella que no se relaciona con su pronóstico terminal. Nosotros cubrimos los servicios de consulta de cuidados terminales (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya optado por el beneficio de cuidados paliativos.	
	Inmunizaciones Pagamos los siguientes servicios: - vacunas contra la neumonía - vacunas contra la gripe/influenza, una vez por 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 hepatitis B - vacunas contra el COVID-19 - otras vacunas si es de riesgo y estas cumplen las normas de cobertura de Medicare Parte B Pagamos otras vacunas que cumplen las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de este Manual para miembros para obtener más información.	\$0
	Atención hospitalaria Incluye los servicios de hospitalización aguda, de hospitalización por rehabilitación, de hospitalización a largo plazo y demás tipos de servicios hospitalarios. La atención hospitalaria empieza el día en que es admitido formalmente en el hospital por orden médica. El día previo al alta médica es su último día de hospitalización aprobado por Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no figuran en esta lista: - habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) - comidas, incluidas las dietas especiales - servicios de enfermería habituales - costos de las unidades de atención especial, como las unidades de cuidados intensivos o coronarios - fármacos y medicamentos - análisis de laboratorio - radiografías y otros servicios radiológicos - material quirúrgico y médico necesario - aparatos, como sillas de ruedas - servicios de quirófano y sala de recuperación - fisioterapia, terapia ocupacional y del habla - servicios de hospitalización para trastornos por consumo de sustancias <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0 nuestro plan para recibir atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de estabilizada la emergencia.

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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Atención hospitalaria (continuación) - en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. En el caso de los trasplantes de corazón, se incluye también un Dispositivo de Asistencia Ventricular insertado como puente o como tratamiento terapéutico de destino. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare analizará su caso y determinará si 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, puede recibir los servicios de trasplante en su localidad o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan presta los servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted decide recibir el trasplante allí, organizaremos o pagaremos los gastos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. - sangre, incluidos el almacenamiento y la administración - servicios médicos Nota: Para ser hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirle formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si queda hospitalizado por una noche, es probable que siga siendo considerado un “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 que se titula Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien, la puede solicitar por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.		\$0
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Pagamos los servicios de salud mental que requieren hospitalización, incluidas las hospitalizaciones psiquiátricas prolongadas.		\$0
Servicios de interpretación Nuestro plan pagará los siguientes servicios: - servicios de interpretación de idiomas hablados - servicios de interpretación de lengua de señas		\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Servicios y suministros para enfermedades renales Pagamos los siguientes servicios: ▪ Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener una enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico lo debe haber remitido. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal. ▪ Tratamientos ambulatorios de diálisis, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, Sección B, de este Manual para miembros, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. ▪ Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado si fue admitido en un hospital para recibir atención especial ▪ Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en casa ▪ Equipos y material de diálisis a domicilio ▪ Determinados servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de personal de diálisis formado para controlar su diálisis en el hogar, ayudarlo en caso de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua Para obtener más información, consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B” de este cuadro.		\$0
Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Pagamos las pruebas de detección de 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 por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera prueba de detección, pagamos una prueba de detección por año por orden médica 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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Medicamentos con cobertura de Medical Assistance En virtud de Medical Assistance, cubrimos algunos medicamentos que no están cubiertos por Medicare Parte B y Medicare Parte D. Por ejemplo, algunos productos de venta libre, algunos medicamentos recetados para la tos y el resfriado y algunas vitaminas. El medicamento debe estar incluido en nuestra <i>Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)</i>. Cubriremos un medicamento no incluido en la Lista de medicamentos si su médico demuestra lo siguiente: ▪ el medicamento que normalmente está cubierto le ha causado una reacción perjudicial; o ▪ existen motivos para considerar que el medicamento que normalmente está cubierto podría causar una reacción perjudicial; o ▪ el medicamento recetado por su médico es más eficaz para usted que el medicamento que normalmente está cubierto. El medicamento debe pertenecer a una clase de medicamento con cobertura. Si el personal de la farmacia le dice que el medicamento no está cubierto y le pide que pague, solicite que llamen a su médico. No podremos darle un reembolso si usted lo paga. Es posible que exista otro medicamento que funcione y que esté cubierto por nuestro plan. Si la farmacia no llama 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 personas con diabetes o insuficiencia renal sin diálisis. También está indicado después de un trasplante de riñón si lo ordena su médico. Pagamos 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. Posteriormente, pagaremos dos horas de asesoramiento personalizado por año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. El médico debe ordenar 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 cumplen los requisitos. El MDPP está diseñado para ayudar a reforzar el comportamiento saludable. Proporciona formación práctica en lo siguiente: ▪ cambio nutricional a largo plazo; y ▪ aumento de la actividad física; y ▪ formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.		\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Medicamentos recetados 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 atención médica, ambulatoria en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria. ▪ Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). ▪ Otros medicamentos que tome con equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que nuestro plan haya autorizado. ▪ El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi® (genérico lecanemab), administrado por vía intravenosa (IV). ▪ Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. ▪ Medicamentos por trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos por trasplante si Medicare paga su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento de la cobertura del trasplante y debe tener la Parte B en el momento en que recibe los Medicamentos inmunosupresores. Medicare Parte D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. ▪ Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si está confinado en su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted misma. ▪ Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente formada (que podría ser usted, el paciente) los administra con la supervisión adecuada. ▪ Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted tome por boca, 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 haya disposición de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D. ▪ Medicamentos orales antieméticos: Medicare cubre los medicamentos orales antieméticos que se utilicen como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o si se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento antiemético por vía intravenosa. ▪ Determinados medicamentos orales para la insuficiencia renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. ▪ Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato en virtud del sistema de pago por ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar. ▪ Determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y los anestésicos tópicos. ▪ Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyesis inyectable si usted tiene una ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit® o Aranesp®). <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>		

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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Medicamentos recetados de Medicare Parte B* (continuación) ▪ Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las inmunodeficiencias primarias. ▪ Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y Medicare Parte D. En el Capítulo 5 de este <i>Manual para miembros</i>, se explica el beneficio de medicamentos. Además, contiene una explicación de las normas que debe cumplir para que le cubran los medicamentos recetados. En el Capítulo 6 de este <i>Manual para miembros</i>, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados ambulatorios 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 ▪ servicios de salud mental ambulatorios ▪ servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos		\$0
Atención en un centro de enfermería Nos hacemos responsables del pago de un total de 180 días de atención en una habitación o pensión en un hogar para personas mayores. Esto incluye los servicios de custodia. Si continúa necesitando atención en un hogar para personas mayores transcurrido el plazo de 180 días, el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota pagará directamente su atención. Si el DHS está pagando actualmente su atención en el hogar, el DHS, y no nuestro plan, seguirá pagando su atención. 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. Un centro de enfermería (NF) es un lugar que presta atención a personas que no pueden recibirla en casa, pero que no necesitan estar en el hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: ▪ Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)* ▪ Comidas, incluidas las dietas especiales ▪ Servicios de enfermería ▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ Terapia respiratoria ▪ Medicamentos que se administran como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre) ▪ sangre, incluidos el almacenamiento y la administración ▪ Suministros médicos y quirúrgicos que suelen dar los centros de enfermería <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>		\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	Atención en un centro de enfermería (continuación) ▪ Pruebas de laboratorio que suelen realizar los centros de enfermería ▪ Radiografías y otros servicios radiológicos prestados habitualmente por centros de enfermería ▪ Uso de aparatos, como sillas de ruedas que suelen dar los centros de enfermería ▪ Servicios médicos ▪ Equipo médico duradero ▪ Servicios odontológicos, incluidas las prótesis dentales ▪ Beneficios de la vista ▪ Exámenes de la audición ▪ Atención quiropráctica ▪ Servicios de podología Por lo general, usted se atenderá en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los importes de pago de nuestro plan: ▪ Un centro de enfermería o una comunidad de jubilados con atención continua donde vivía justo antes de ser admitido en el hospital (siempre que ofrezca atención de enfermería). ▪ Un centro de cuidados donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento de irse del hospital.	\$0
	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 bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de atención primaria. De ese modo, podrá administrar este servicio con su plan de prevención completo. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información. Podemos cubrir beneficios adicionales si son médicamente necesarios.	\$0
	Servicios de obstetricia y ginecología (OB/GYN) Servicios cubiertos: ▪ Atención prenatal, de parto y posparto. ▪ Clases de preparación para el parto. ▪ Asesoramiento y detección de VIH en personas embarazadas – servicio de acceso abierto ▪ Tratamiento para personas embarazadas infectadas por el HIV. ▪ Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) – servicio de acceso abierto ▪ Servicios relacionados con el embarazo en conexión con un aborto (no incluye servicios relacionados con el aborto). ▪ Servicios de doula por una doula certificada. ▪ Servicios prestados por un profesional de la salud con licencia en centros de maternidad autorizados, incluidos los servicios de personal de enfermería y de parto certificado y personal de parto certificado. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0

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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Servicios de obstetricia y ginecología (OB/GYN) (continuación) Servicios no cubiertos: ▪ Aborto: el plan no cubre este servicio. Podría estar cubierto por el Estado. Para obtener información sobre la cobertura, llame al Apoyo para Consumidores de Atención Médica (HCCS) del DHS al 651-297-3862 o al 1-800-657-3672 o 711 (TTY), o bien, utilice el servicio de retransmisión que prefiera. ▪ Partos planificados en el hogar. Usted tiene “acceso directo” a los proveedores de obstetricia y ginecología para los siguientes servicios: examen médico preventivo anual, incluidos los exámenes de seguimiento que su proveedor de atención médica calificado considere necesarios; atención de maternidad; evaluación y tratamiento de afecciones o urgencias ginecológicas. Para obtener los servicios de acceso directo, debe visitar a un proveedor de la red del plan. Para obtener los servicios clasificados como de acceso libre, puede ir a cualquier clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar que disponga de un proveedor de salud calificado.		\$0
Servicios del programa de tratamiento de opiáceos (OTP) Pagamos los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opiáceos (OUD) mediante un OTP que incluye los siguientes servicios: ▪ actividades de admisión ▪ evaluaciones periódicas ▪ medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, la gestión y entrega de estos medicamentos ▪ asesoramiento sobre el consumo de sustancias ▪ terapia individual y grupal ▪ análisis para detectar la presencia de drogas o sustancias químicas en el organismo (análisis toxicológico)		\$0
Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no figuran en esta lista: ▪ radiografías ▪ radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos ▪ material quirúrgico, como apósitos ▪ férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones ▪ análisis de laboratorio ▪ sangre, incluidos el almacenamiento y la administración ▪ pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro profesional de la salud las ordene para tratar una afección médica ▪ otras pruebas diagnósticas ambulatorias		\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Observación ambulatoria en un hospital Pagamos los servicios de observación ambulatoria en un hospital para determinar si necesita ser admitido 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 médica 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 emitido una orden de admisión hospitalaria escrita, usted se considera paciente ambulatorio. Aunque pase la noche en el hospital, se le puede considerar 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-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf		
Servicios ambulatorios en el hospital* Pagamos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento de consultas ambulatorias de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión; por ejemplo: ▪ Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como cirugía ambulatoria o servicios de observación. » Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si debe ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”. » En ocasiones, es posible que pase la noche en el hospital y siga siendo “paciente ambulatorio”. » Puede obtener más información sobre las diferencias entre ser paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. ▪ Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. ▪ Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario un tratamiento hospitalario sin esta. ▪ Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital. ▪ Suministros médicos, como férulas y yesos. ▪ Pruebas de detección y servicios preventivos enumerados en el Cuadro de beneficios. ▪ Algunos medicamentos que no puede administrarse a sí mismo.		\$0



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
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 licenciado (LMFT) ▪ un profesional de enfermería (NP) ▪ un asistente médico (PA) ▪ un profesional certificado por las Naciones Tribales ▪ un profesional de rehabilitación de la salud mental ▪ cualquier otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permita la legislación estatal aplicable Pagaremos los siguientes servicios, y posiblemente otros que no figuran en esta lista: ▪ Clínica de salud conductual comunitaria certificada (CCBHC). ▪ Consulta de atención clínica. ▪ Servicios de respuesta a crisis que incluyen la detección, evaluación, intervención y estabilización (incluida la estabilización residencial) y la intervención comunitaria. ▪ Evaluaciones de diagnóstico, que incluyen las evaluaciones de detección de enfermedades mentales simultáneas y trastornos por consumo de sustancias. ▪ Programa ambulatorio intensivo (IOP) de terapia conductual dialéctica (DBT)*. ▪ Tratamiento comunitario asertivo forense (FACT). ▪ Tiempo de traslado del proveedor de salud mental. ▪ Administración de casos específicos de salud mental (MH-TCM). ▪ Servicios ambulatorios de salud mental, incluida la explicación de resultados, administración de medicamentos para la salud mental, servicios neuropsicológicos, psicoterapia (para el paciente o la familia, por crisis y para grupos) y pruebas psicológicas. ▪ Servicios médicos de salud mental, incluida la evaluación/intervención de la salud y la conducta, las visitas hospitalarias, las consultas psiquiátricas con proveedores de atención primaria y consultas, las evaluaciones y las administraciones médicas. ▪ Servicios de rehabilitación de la salud mental, incluido el tratamiento comunitario asertivo (ACT), el tratamiento diurno para adultos, los servicios de rehabilitación de la salud mental para adultos (ARMHS), los servicios de apoyo de especialistas de apoyo entre pares certificados (CPS) en situaciones limitadas, los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS)*, y el Programa de Hospitalización Parcial (PHP)*. ▪ Telesalud.	<i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Servicios ambulatorios de salud mental* (continuación) Si decidimos que no es necesario un tratamiento de salud mental estructurado, puede buscar una segunda opinión. Para obtener una segunda opinión, debe atenderse con un profesional de la salud calificado que no pertenezca a la red del plan. Nosotros pagaremos esta consulta. Debemos tener en cuenta 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 de los servicios de salud mental ordenados por un tribunal. Consulte con un proveedor de la red del plan para realizar una evaluación de salud mental por orden judicial. El plan no cubre los siguientes servicios, pero es posible que estén disponibles en su condado. Llame a su condado para obtener más información. ▪ Tratamiento en centros identificados en la Regla 36 que no tienen autorización para prestar servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS). ▪ Alojamiento y comida asociados con los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).		\$0
Servicios ambulatorios de rehabilitación Pagamos la fisioterapia, terapia ocupacional y la terapia del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación ambulatoria en los departamentos ambulatorios de los hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) y otros centros.		\$0
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias WPagamos los siguientes servicios, y posiblemente otros que no figuran en esta lista: ▪ 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 ▪ Tratamiento para trastornos por consumo de sustancias. ▪ Apoyo para la recuperación ▪ Desintoxicación (solo cuando la hospitalización es médicamente necesaria por condiciones producto de una lesión o accidente, o por complicaciones médicas durante la desintoxicación). ▪ Control de la abstinencia Un profesional calificado 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. Si no está de acuerdo con los servicios recomendados, puede someterse a una evaluación adicional en cualquier momento de su tratamiento. Si está de acuerdo con la segunda evaluación, podrá acceder a los servicios de acuerdo con las normas sobre trastornos por consumo de sustancias y la segunda evaluación. Tiene derecho a una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este <i>Manual para miembros</i>.		

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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	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 intervención quirúrgica en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. Salvo que el médico ordene su admisión en el hospital, se le considerará paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado igualmente paciente ambulatorio.	\$0
	Tarjeta para medicamentos de venta libre (OTC) Los miembros actuales recibirán una tarjeta para OTC con un importe de gasto trimestral de \$90. Los fondos se deben gastar 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. Importe máximo anual de \$360.	\$0
	Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos* La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental, donde la atención es más intensa que la que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o de un asesor profesional autorizado. Puede ser útil para evitar la admisión hospitalaria. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se presta como servicio ambulatorio en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural cuya atención es más intensa que aquella que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o de un asesor profesional con licencia, pero menos intensa 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 hospitalario ambulatorio ▪ consulta, diagnóstico y tratamiento indicado por un especialista ▪ exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria o especialista, si su médico los ordena para determinar si necesita tratamiento ▪ algunos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por un médico o profesional, para miembros de determinadas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) ▪ servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con insuficiencia renal en fase terminal (ESRD) para los miembros que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal hospitalario o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o ▪ servicios de telesalud en el hogar para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral ▪ servicios de telesalud para miembros con trastornos por consumo de sustancias o trastornos concurrentes de salud mental ▪ servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: » asiste a una visita presencial en los 6 meses previos a su primera visita de telesalud » Asiste a una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud » puede haber excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias ▪ servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas de salud rural y centros de atención calificados a nivel federal ▪ controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su proveedor durante 5-10 minutos si: » no es un paciente nuevo y » el control no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días y » el control no da lugar a una visita al consultorio en 24 horas o a la cita más próxima disponible ▪ Evaluación de vídeos o imágenes que usted envió a su médico e interpretación y seguimiento de su médico en un plazo de 24 horas si: » no es un paciente nuevo y » la evaluación no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días » el control no da lugar a una visita al consultorio en 24 horas o a la cita más próxima disponible ▪ Las consultas de su médico con otros médicos por teléfono, internet o la historia clínica electrónica si usted no es un paciente nuevo. ▪ La segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una intervención quirúrgica. ▪ Exámenes preventivos y físicos ▪ Servicios de planificación familiar. Para obtener más información, consulte la sección “Planificación familiar” de este cuadro. ▪ Servicios fuera de la red relacionados con el 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)	<i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0

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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Servicios de podología (continuación) - atención de rutina de los pies cuando sea médicamente necesaria, incluidas las enfermedades que afecten a las piernas, como la diabetes - otra atención de rutina de los pies, como el desbridamiento de las uñas de los pies, los callos infectados y las durezas		
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que corre un mayor riesgo de contraerlo, cubriremos los medicamentos para profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen los siguientes: - Medicamentos para PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubriremos la tarifa de inyección del medicamento. - Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a los medicamentos) cada 12 meses. - Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. - Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.		
 Pruebas de detección del cáncer de próstata Pagamos por los siguientes servicios una vez cada 12 meses: - un examen rectal digital - una prueba del antígeno prostático específico (PSA)		\$0
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados* Las prótesis sustituyen total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Algunas de estas incluyen las siguientes: - pruebas, adaptaciones o capacitaciones en el uso de prótesis y ortesis - bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía - marcapasos - dispositivos ortopédicos - zapatos prostéticos - brazos y piernas artificiales - prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico para después de una mastectomía) - pelucas para personas con pérdida de cabello debido a una enfermedad - algunos zapatos, cuando son parte de un dispositivo ortopédico para la pierna o se hacen a medida Pagamos algunos suministros relacionados con prótesis y ortesis. Además, pagaremos la reparación o el reemplazo de prótesis u ortesis. Ofrecemos cobertura parcial para la extirpación o la cirugía de cataratas. Para obtener más información, consulte más adelante la sección “Cuidado de la vista” de este cuadro.		\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe presentar una orden de rehabilitación pulmonar de un médico o proveedor tratante de la EPOC.		\$0
Atención de recuperación La atención de recuperación ayuda a los miembros calificados a evitar una nueva admisión en el hospital. Proporciona alojamiento a corto plazo, atención médica y apoyo por hasta sesenta (60) días para personas en recuperación de una enfermedad que no tengan alojamiento. Esta atención es para miembros que necesitan ayuda para recuperarse, pero no necesitan permanecer en el hospital. Pagamos los siguientes servicios: ▪ Atención de enfermería básica, como control de la salud y el dolor. ▪ Cuidado de heridas. ▪ Ayuda para tomar medicamentos. ▪ Enseñanza sobre salud. ▪ Chequeo y actualización de vacunas (inmunizaciones). ▪ Planificación de la recuperación y regreso a casa. ▪ Comprobación y planificación de necesidades médicas, emocionales y sociales. ▪ Creación y seguimiento de un plan de atención. ▪ Asistencia con asuntos legales, búsqueda de vivienda, transporte y otros servicios comunitarios. ▪ Ayuda para acceder a atención médica y otros beneficios. ▪ Seguimiento de los planes de atención. ▪ Prestación de asesoramiento de tipo médico, social y emocional. ▪ 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 las actividades de la vida diaria (ADL) que un miembro no pueda realizar de manera independiente, 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.		



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	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 profesional de la salud calificado la solicita y usted cumple uno de estos requisitos: ▪ Tiene riesgo elevado porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. ▪ Se sometió a una transfusión de sangre antes de 1992. ▪ Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no es considerado paciente de alto riesgo, pagaremos solo una prueba de detección por única vez. Si es paciente de alto riesgo (por ejemplo, si continuó inyectándose drogas ilegales después de la última prueba de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubriremos pruebas de detección anuales.	
	Detección 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 con mayor riesgo de contraer una ITS. Las pruebas deben ser solicitadas por un médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinadas ocasiones durante el embarazo. También pagamos hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad por año 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 únicamente si las presta un médico de atención primaria. Las sesiones se deben realizar en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) Si necesita más información sobre los servicios de enfermería en el hogar 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 posiblemente otros que no figuran en esta lista: ▪ habitación semiprivada o privada* si es médicamente necesario ▪ comidas, incluidas las dietas especiales ▪ servicios de enfermería especializada ▪ fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ▪ medicamentos que obtiene como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran naturalmente en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre ▪ sangre, incluidos el almacenamiento y la administración ▪ suministros médicos y quirúrgicos prestados en SNF ▪ análisis de laboratorio realizados en SNF ▪ radiografías y otros servicios radiológicos prestados por centros de enfermería ▪ uso de aparatos, como sillas de ruedas que suelen dar los centros de enfermería ▪ servicios médicos o de proveedores <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) En general, usted se atiende en SNF de la red. En determinadas circunstancias, podrá recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes centros si estos aceptan los importes de nuestro plan como pago: ▪ Un centro de enfermería o una comunidad de jubilados con atención continua donde vivió antes de su admisión en el hospital (siempre que ofrezca atención de enfermería). ▪ Un centro de cuidados donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento de irse del hospital. No exigimos una estancia hospitalaria de 3 días 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 quiere o necesita dejarlo: ▪ Pagaremos dos intentos para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas presenciales de asesoramiento. Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el consumo de tabaco: ▪ Pagaremos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales. Pagamos los siguientes servicios: ▪ Ayuda presencial: puede recibir ayuda para dejar el tabaco o la nicotina a través de sesiones individuales o grupales dirigidas por profesionales de atención médica capacitados. ▪ Asesoramiento telefónico: puede llamar al Programa EX para recibir apoyo. Se puede acceder a este servicio por teléfono y no se requiere cámara de vídeo. Elabore un plan personalizado para dejar de fumar, únase a una comunidad de apoyo próspera y acceda al programa a través de su dispositivo móvil en cualquier momento y lugar. Los miembros pueden recibir parches, chicles, pastillas o una combinación de terapias gratis por hasta 8 semanas. El programa también ofrece apoyo para dejar cigarrillos electrónicos y el vapeo. » 1-833-EXCOACH (1-833-392-6224) » Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana » GO.TheEXProgram.com/SCHA ▪ Medicamentos: puede acceder a medicamentos recetados y de venta libre aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos que le ayuden a dejar de fumar o consumir nicotina. ▪ Telesalud: estos servicios también se pueden prestar por telesalud (videollamadas o en línea). ▪ Sin límites: no hay restricciones respecto de la frecuencia con la que puede utilizar estos servicios ni de la cantidad de veces que puede recibir asesoramiento o medicamentos para dejar de consumir tabaco y nicotina. ▪ Servicios múltiples: puede utilizar diferentes tipos de apoyo al mismo tiempo, como el asesoramiento y los medicamentos.	\$0

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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	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 del tratamiento. Nuestro plan paga: ▪ hasta 36 sesiones por un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET ▪ 36 sesiones adicionales conforme pasa el tiempo, si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario El programa SET debe ser: ▪ sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de ejercicios terapéuticos para la PAD en miembros con calambres en las piernas debidos a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) ▪ en régimen ambulatorio en un hospital o en un consultorio médico ▪ proporcionado por personal calificado que se asegure de que los beneficios exceden los riesgos y que tenga formación en terapia de ejercicio para PAD ▪ con la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica con formación en técnicas de soporte vital básico y avanzado	\$0
	Traslado Si necesita traslados de ida y de vuelta a los servicios médicos que cubrimos, llame a Servicios para Miembros, al número que figura al final de la página. Nuestro plan no tiene la obligación de prestar servicios de traslado hasta su clínica de atención primaria si esta se encuentra a más de 30 millas de su hogar o si usted elige a un proveedor de especialidad que se encuentra a más de 60 millas de su hogar. Llame a Servicios para Miembros si no tiene una clínica de atención primaria disponible en un radio de 30 millas de su hogar o si no tiene un proveedor de especialidad que esté disponible en un radio de 60 millas de su hogar. ▪ Ambulancia para casos que no son de emergencia ▪ Traslado con conductor voluntario ▪ Traslado sin asistencia (taxi o transporte público) ▪ Traslado asistido* (con certificación) ▪ Traslado por elevador/rampa* (con certificación) ▪ Traslado protegido* (con certificación) ▪ Traslado en camilla* (con certificación) Nota: Nuestro plan no cubre el reembolso del millaje (por ejemplo, cuando utiliza un vehículo propio), comidas, alojamiento y estacionamiento, incluidos los viajes fuera del estado. El plan no cubre estos servicios, pero estos podrían estar disponibles a través de la agencia local del condado o tribal. Para obtener más información, llame a la agencia local tribal o del condado.	\$0



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

Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
Atención de urgencia La atención de urgencia es la que se presta para tratar: ▪ atención que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata; o ▪ una enfermedad imprevista, o ▪ una lesión; o ▪ una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, se puede atender con proveedores fuera de la red si no se puede atender con un proveedor de la red debido a que, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos para una afección imprevista que no constituye una emergencia médica). Esta cobertura solo está disponible en Estados Unidos y sus territorios.		\$0
Cuidado 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 con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma por año. Algunas personas con alto riesgo de glaucoma son las siguientes: ▪ personas con antecedentes familiares de glaucoma ▪ personas con diabetes ▪ personas de origen afroamericano ▪ personas de origen hispanoamericano En el caso de personas diabéticas, pagamos una prueba de detección de retinopatía diabética por año. Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas si el médico coloca una lente intraocular. Si se somete a dos operaciones de cataratas distintas, debe recibir un par de anteojos después de cada operación. No podrá obtener dos pares de anteojos después de la segunda operación, aunque no haya obtenido par de anteojos después de la primera operación. Además, cubrimos lo siguiente: ▪ Exámenes oculares. ▪ Primer par de anteojos, cuando sean médicamente necesarios. La elección podría estar limitada. ▪ Anteojos de reemplazo, cuando sean médicamente necesarios. Reemplazo por anteojos idénticos con cobertura por pérdida, robo o daño irreparable. ▪ Reparación de marcos y lentes para anteojos cubiertos en virtud del plan. <i>Este beneficio continúa en la página siguiente.</i>		\$0

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



Servicios que paga nuestro plan	* Indica que se podría requerir una autorización previa	Lo que usted paga
	Cuidado de la vista (continuación) - Anteojos polarizados*, cuando sean médicamente necesarios. Toda combinación de mejora de cristales de anteojos, como cristales coloreados, fotocromáticos (como Transitions®), antirreflejantes o progresivos hasta una combinación máxima anual. - Lentes de contacto*, cuando sean médicamente necesarias en determinadas circunstancias. Nota: Nuestro plan no cubre un par de anteojos adicional, recubrimiento protector de lentes de plástico, y los suministros de lentes de contacto. Nuestro plan cubre un par de anteojos cada dos años.	\$0
	Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Esta visita incluye lo siguiente: - una revisión de su salud; - educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas las revisiones y vacunas); y - remisión a otro tipo de atención si la necesita. Nota: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando haga su cita, avise al consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida 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

Nuestro plan no cubre los siguientes servicios, pero estos podrían estar disponibles a través de otra fuente, como el estado, el condado, el gobierno federal o la tribu. Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Apoyo para Consumidores de Atención Médica (HCCS) del DHS al 651-297-3862 o al 1-800-657-3672 o 711 (TTY) o utilice el servicio de retransmisión que prefiera. Esta llamada es gratuita.

- Administración de casos para personas con discapacidades del desarrollo
- Centro de cuidados intermedios para miembros con discapacidades del desarrollo (ICF/DD)
- Tratamiento en centros identificados en la Regla 36 que no tienen autorización para prestar servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
- Alojamiento y comida asociados con los servicios de tratamiento residencial intensivo (IRTS).
- Servicios prestados en un centro regional de tratamiento estatal, o un centro de cuidados a largo plazo de propiedad estatal, a menos que nosotros los hayamos aprobado o que hayan sido ordenados por un tribunal en las condiciones dispuestas en la ley.
- Servicios brindados por instituciones federales.
- Con excepción de los servicios de exención para personas mayores, otros servicios de exención prestados en el marco de las exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad.
- Servicios educativos y de capacitación laboral
- Capacitación y habilitación durante el día



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

- Reembolso de millas (por ejemplo, cuando usa un vehículo propio), comidas, alojamiento y estacionamiento. Para obtener más información, comuníquese con su condado.
- Estancias en hogares para personas mayores para los que nuestro plan no es responsable de otro modo. (Consulte la sección “Atención en un centro de enfermería” y la “Atención en un centro de enfermería especializada [SNF]” del Cuadro de beneficios).
- Servicios de protección de adultos vulnerables
- Servicios con cobertura de Medical Assistance y que se prestan en Centro de Atención Calificado a Nivel Federal (FQHC)

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

En esta sección, se dispone qué beneficios están excluidos del plan. El término “excluidos” significa que no las pagamos, y que Medicare y Medical Assistance tampoco los pagan.

En la siguiente lista, se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por nosotros en ningún caso 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 otra parte de este Manual para miembros), salvo en las condiciones específicas indicadas. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si cree que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9, Sección E**, de este *Manual para miembros*.

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

- Servicios considerados no “razonables ni 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 los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, excepto cuando sea necesario por motivos médicos y Medicare o Medical Assistance lo cubran.
- Una habitación privada en un hospital, salvo que sea médicamente necesario.
- Artículos personales en su habitación de hospital o un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Cuotas cobradas a sus familiares directos o miembros de su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora optativos o voluntarios (incluida la pérdida de peso, el crecimiento del vello, el rendimiento sexual, el rendimiento atlético, con fines cosméticos, antienvejecimiento y el rendimiento mental), salvo que sea médicamente necesario.
- Cirugía cosmética u otros trabajos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, sí pagamos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y para que las mamas se correspondan entre sí.
- Cuidado de pies de rutina, excepto los descritos en la sección Servicios de podología de la Sección D del Cuadro de beneficios.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para visión deficiente.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.
- Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en los centros de Asuntos de los Veteranos (VA).

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



ESTÁ PÁGINA
SE DEJÓ INTENCIONALMENTE
EN BLANCO



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 explican las normas sobre cómo obtener sus medicamentos ambulatorios. Estos medicamentos son aquellos por los que su proveedor emite una orden y que usted obtiene en una farmacia. Están incluidos los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y Medical Assistance. En el **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros*, se incluyen los importes que usted 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.** En general, se trata de medicamentos que se administran mientras esté internado 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 en una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que se administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos están cubiertos en virtud de Medicare Parte B, consulte el Cuadro 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 también podrían estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección F3**, “Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare”.

Normas para la cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan

En general, cubriremos sus medicamentos siempre que usted cumpla las normas de esta sección. Si un medicamento forma parte de la Parte D, no podrá 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 conforme la ley 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.

En general, debe surtir sus recetas en una farmacia de la red. (Consulte la **Sección A1**, para obtener más información).

El medicamento recetado debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos*. A los efectos de brevedad, la denominamos “*Lista de medicamentos*”. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si el medicamento no aparece en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo excepcionalmente.
- Consulte el **Capítulo 9, Sección G2**, de este *Manual para miembros* para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Debe utilizar el medicamento 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. El médico recetador lo puede ayudar a identificar referencias médicas que fundamenten el uso solicitado del medicamento con receta.

Es posible que nuestro plan deba autorizar su medicamento en función de determinados criterios antes de autorizar la cobertura. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

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



Índice

A. Cómo surtir recetas	81
A1. Cómo surtir una receta en una farmacia de la red	81
A2. Cómo surtir una receta en una farmacia de la red	81
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red	81
A4. Qué hacer si la farmacia que utiliza se retira de la red	81
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	81
A6. Cómo utilizar servicios de venta por correo para obtener sus medicamentos ..	82
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	82
A8. Cómo utilizar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan	82
A9. Reembolso de una receta	82
B. Lista de medicamentos de nuestro plan	83
B1. Medicamentos incluidos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	83
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	83
B3. Medicamentos no incluidos en nuestra Lista de Medicamentos	84
B4. Niveles de gastos compartidos de la <i>Lista de medicamentos</i>	84
C. Límites para algunos medicamentos	84
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	86
D1. Cómo obtener un suministro temporal	86
D2. Cómo solicitar un suministro temporal	87
D3. Cómo solicitar una excepción	87
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	88
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	89
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan	89
F2. En un centro de atención a largo plazo	89
F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare	89
G. Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos	90
G1. Programas de ayuda para el uso seguro de medicamentos	90
G2. Programas de ayuda para la administración de medicamentos	90
G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros con el uso seguro de medicamentos opiáceos	91



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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, pagamos las recetas cuando estas se surten en cualquier farmacia de nuestra red. Una farmacia de la red es aquella que acepta surtir recetas a los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquier farmacia de nuestra red. Consulte la **Sección A8**, para obtener información sobre la cobertura de 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 la farmacia de la red. La farmacia de la red nos facturará la parte que nos corresponde del costo de su medicamento cubierto. Es posible que tenga que pagar un copago a la farmacia cuando busque su receta.

Si no tiene la 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 deba pagar el costo total de la receta cuando la busque. Nos podrá pedir posteriormente que le reembolsemos la parte que nos corresponde. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicios para Miembros.** Haremos todo lo posible por ayudarle.

- Para solicitar un reembolso, consulte el **Capítulo 7, Sección A**, de este *Manual para miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, puede comunicarse 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 resurtir una receta, puede solicitar a un proveedor que emita una nueva receta o solicitar a la farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia, si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar de 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 se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas son las siguientes:

- 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.
 - En general, los centros de atención a largo plazo tienen farmacias propias. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, nosotros nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no forma parte de nuestra red, o si usted tiene alguna dificultad para obtener los medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.

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



- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena/Tribal/Urbano. Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que surten medicamentos restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren una manipulación especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería darse en ocasiones excepcionales).

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 medicamentos de mantenimiento que figuren en la *Lista de medicamentos*. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma con regularidad debido a una enfermedad crónica o de largo plazo. Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su copago podría ser menor.

En algunas farmacias de la red, usted puede obtener un suministro a largo plazo de algunos medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se le indica en qué farmacias puede surtir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. 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

En general, sólo pagamos los medicamentos que se surten 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 en las que puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, consulte primero con su coordinador de atención o con Servicios para Miembros, para averiguar si tiene alguna farmacia de la red cerca.

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 un medicamento con cobertura de la Parte D en una farmacia de la red en un plazo razonable (por ejemplo, no hay ninguna farmacia de la red a una distancia razonable en vehículo que preste servicio las 24 horas, los 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 con cobertura de la Parte D en una farmacia fuera de la red mientras usted está internado en un departamento de emergencias, en una clínica de un proveedor, en un centro de cirugía ambulatoria o en otro centro ambulatorio.
- 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 tiene que ir a una farmacia fuera de la red, en general, deberá pagar el costo total en lugar de un copago cuando le receten el medicamento. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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



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

NOTA: Si el medicamento está cubierto por Medical Assistance, los proveedores de SeniorCare Complete tienen prohibido facturarle estos medicamentos. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra. Si usted pagó un medicamento que considera que deberíamos haber cubierto, comuníquese con Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

B. *Lista de medicamentos de nuestro plan*

Contamos con una *Lista de medicamentos cubiertos*. A los efectos de la brevedad, la denominamos “*Lista de medicamentos*”.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también indica qué normas debe seguir para obtener sus medicamentos. En 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 Medicare Parte D y algunos medicamentos recetados y de venta libre (OTC) y productos cubiertos por Medical Assistance.

En nuestra *Lista de medicamentos* encontrará medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca comercial que pertenece al fabricante del medicamento. Los productos biológicos son fármacos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a “medicamentos”, estos pueden ser un fármaco o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los productos biosimilares son igualmente eficaces que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales, y suelen ser de menor costo. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para varios medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos productos biosimilares son intercambiables por otros productos biosimilares y, dependiendo de la normativa estatal, pueden sustituir al producto biológico original disponible en la farmacia sin que se deba emitir 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 estar en la *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y son igualmente eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

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

Para determinar si un medicamento que toma está en nuestra *Lista de medicamentos*, usted puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan en www.mnscha.org. La Lista de medicamentos de nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar 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.
- Utilizar nuestra “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) en www.mnscha.org para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, obtener una estimación de lo que pagará y saber si la Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos que puedan tratar la misma enfermedad. 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.

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



B3. Medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no figuran en nuestra Lista de medicamentos porque la cobertura está prohibida por ley.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra Lista de medicamentos.
- En algunos casos, podría obtener un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos que figuran en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que tenga que pagarlo usted. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9, Sección E**, de este *Manual para miembros*, para obtener más información sobre apelaciones.

A continuación, se indican tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de Medicare Parte D y de Medical Assistance) no puede pagar un medicamento que ya está cubierto por Medicare Parte A o Medicare Parte B. Nuestro plan cubre medicamentos en virtud de Medicare Parte A o Medicare Parte B de manera gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de los beneficios de medicamentos 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 médico le puede recetar un determinado medicamento para tratar su enfermedad, aunque este no haya sido aprobado para tratar su enfermedad. Esto se denomina “uso no aprobado”. Nuestro plan no suele cubrir los medicamentos recetados para un uso no aprobado.

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

- Medicamentos usados para mejorar la fertilidad.
- Medicamentos usados 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 dispone que usted debe someterse a pruebas o servicios solo con ellos.

B4. Niveles de gastos compartidos de la *Lista de medicamentos*

Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los tres niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre [OTC]). Lo que usted 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, búsquelo en nuestra Lista de medicamentos.

En el **Capítulo 6** de este *Manual para miembros*, se disponen los importes que usted debe pagar por los medicamentos de 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 funciona para su enfermedad y que es seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo es igualmente eficaz 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 ser diferentes en términos de efectividad, cantidad o forma del medicamento que le haya recetado su proveedor, y se pueden imponer diferentes



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

restricciones a las distintas versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez al día frente a dos veces al día; formato de comprimido frente a formato líquido).

Si existe una norma especial para su medicamento, esto suele significar que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor primero deba informarnos de su diagnóstico o presentar resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no debe aplicarse a su situación, solicite que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos aceptar o denegar el uso del medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener información sobre las 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

En general, un medicamento genérico o producto biosimilar equivalente es igualmente eficaz que un medicamento de marca o un producto biológico original y suele costar menos. Si existe un medicamento genérico o producto biosimilar equivalente a un medicamento de marca o producto biológico original, las farmacias de nuestra red le proporcionarán el medicamento genérico o producto biosimilar equivalente.

- No solemos pagar el medicamento de marca o el producto biológico original si existe un medicamento genérico disponible o un producto biosimilar equivalente.
- Sin embargo, si su proveedor nos informó de la razón médica por la que el medicamento genérico o el producto biosimilar equivalente no le servirá a usted o escribió en la receta de un medicamento de marca “No se admiten sustituciones” o nos informó de la razón médica por la que el medicamento genérico o el producto biosimilar equivalente u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad no le servirán, entonces cubriremos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor para el medicamento de marca o producto biológico original que para el medicamento genérico o producto biosimilar equivalente.

2. Cómo obtener la autorización previa del plan

Para algunos medicamentos, usted o el profesional recetador deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se denomina autorización previa. Esto es así a los efectos de garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso apropiado de determinados medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o en 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 usted pruebe los medicamentos más baratos que sean igualmente 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 es más barato que el medicamento B, es posible que le pidamos que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A **no** le sirve, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada. Llame a Servicios para Miembros al número que encontrará al final de la página o visite 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 de estos que puede tomar. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si, en general, se considera seguro tomar un solo comprimido al día de un determinado medicamento, podemos limitar la cantidad que puede obtener de este cada vez que surta su receta.

Para averiguar si alguna de las normas anteriores se aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web en www.mnscha.org. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*. Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.mnscha.org.



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

Intentamos que la cobertura de sus medicamentos le sirva, pero a veces, es posible que no se cubra un medicamento como usted quisiera. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted quiere tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere tomar. Es posible que un medicamento sea nuevo y que aún no hayamos comprobado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen normas especiales o límites de cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos con cobertura de nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional recetador pueden solicitarnos una excepción.

Puede tomar ciertas medidas 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 figure en nuestra *Lista de medicamentos* o su uso está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o de solicitarnos la cobertura del medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir las dos normas siguientes:

1. El medicamento que estuvo tomando:

- ya no figura en nuestra Lista de medicamentos; o
- nunca figuró en nuestra Lista de medicamentos; o
- ahora tiene algún tipo de limitación.

2. Sus circunstancias deben ser alguna de las siguientes:

- Usted era miembro de nuestro plan el año pasado.
 - Nosotros cubrimos un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es para hasta de 30 días.
 - Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples reposiciones del medicamento por hasta 30 días.
 - 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 en el plan**.
 - Este suministro temporal es para hasta de 30 días.
 - Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples reposiciones del medicamento por hasta 30 días. 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.
- Ha sido miembro del plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Nosotros cubrimos un suministro para 31 días o menos, si su receta indica menos días. A esto se le debe sumar el el suministro temporal anterior.



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

- Para los miembros que fueron miembros del plan y son admitidos o dados de alta de un centro de atención a largo plazo (LTC): existen circunstancias de transiciones no planificadas para miembros actuales, en las que es posible que los regímenes de medicamentos recetados no estén incluidos en el formulario. Estas circunstancias suelen comprender cambios en el nivel de atención en los que un miembro pasa de un entorno de tratamiento a otro. Para estas transiciones no planificadas, usted debe utilizar nuestro proceso de excepciones y apelaciones. Las determinaciones y redeterminaciones de cobertura se tramitarán con la celeridad que requiera su estado de salud.

Para evitar una interrupción temporal de la atención cuando le den el alta, puede disponer de un suministro ambulatorio completo para continuar la terapia una vez que se haya agotado el suministro limitado que le proporcionaron al darle el alta. Este suministro ambulatorio está disponible antes del alta de una hospitalización de la Parte A. Cuando usted ingresa o es dado de alta de un centro de LTC, no tiene acceso al resto de la receta surtida con anterioridad. Nos aseguraremos de que disponga de un nuevo suministro en el momento de la admisión o del alta.

Para cada medicamento, se proporciona una única anulación de las ediciones de “reposición demasiado pronto” que debería verse afectada por una admisión o alta de un centro de LTC. Las reposiciones demasiado pronto no se utilizan para limitar el acceso correspondiente y necesario a su beneficio de la Parte D y usted puede acceder a una reposición en el momento de la admisión o del alta.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

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

Cuando usted obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Tiene las siguientes opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que le sirva. 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 funcionar para usted.

O BIEN

- Pida una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos la cobertura un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos* o la cobertura sin límites del medicamento. Si su proveedor afirma que tiene una buena razón médica para hacer una excepción, lo puede ayudar 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 informaremos de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Solicite una excepción y la cobertura del medicamento para el año que viene como usted quiere.
- Responderemos su solicitud en un plazo de 72 horas desde la recepción de su solicitud (o de la declaración fundada del profesional recetador).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9, Sección G2**, de este *Manual para miembros*.

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

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 agregar o eliminar medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* en el transcurso del año. Además, 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).
- Agregar 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 un producto biosimilar equivalente al producto biológico.

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

Si toma un medicamento que estaba cubierto desde el **inicio** del año, en general, no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **en el transcurso del año**, a menos que:

- se lance en el mercado un medicamento nuevo, más barato e igualmente eficaz que los que figuran actualmente en la *Lista de medicamentos*; **o**
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro; **o**
- 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*, usted siempre puede:

- Consultar nuestra *Lista de medicamentos* vigente 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 afectan en el transcurso de la vigencia del año del plan

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se producirán con efecto **inmediato**. Por ejemplo:

- **Sale a la venta un nuevo medicamento genérico.** A veces, se lanza la venta de un nuevo medicamento genérico o producto igualmente eficaz que un medicamento de marca o un producto biológico original incluido actualmente en la *Lista de medicamentos*. En ese caso, podemos retirar el medicamento de marca y añadir el medicamento genérico nuevo, pero el costo del medicamento nuevo 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” de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre excepciones.

Se retiran del mercado medicamentos inseguros y otros medicamentos. A veces, se puede determinar que un medicamento es inseguro o se lo puede retirar del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos retirarlo inmediatamente de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está tomando dicho medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Cuando reciba nuestro aviso, comuníquese con el profesional recetador, para que lo ayude a buscar otro medicamento para su enfermedad.



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

Podemos hacer otros cambios que afectan a los medicamentos que toma. Le informaremos con antelación de estos otros cambios en nuestra *Lista de medicamentos*. Algunos de estos cambios podrían suceder si:

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

En estos casos, nosotros haremos lo siguiente:

- le informaremos al menos 30 días antes de introducir el cambio en la *Lista de medicamentos*; o
- le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que usted solicite el resurtido.

Este plazo le permitirá hablar con su médico u otro profesional recetador. Estas personas lo pueden ayudar a decidir lo siguiente:

- si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar; o
- si debería solicitar una excepción a estos cambios para continuar teniendo la cobertura del medicamento o de la versión del medicamento que estuvo tomando. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9, Sección G2**, de este *Manual para miembros*.

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

Podemos efectuar cambios en los medicamentos que toma que no se han descrito previamente y que no le afectarán en la actualidad. Para tales cambios, si está tomando un medicamento con cobertura desde el inicio del año, en general, no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, el cambio no afectará el uso del medicamento o el importe que usted pague por el medicamento por 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 de estos tipos de cambios directamente durante el año actual. Tendrá que consultar la *Lista de medicamentos* del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para averiguar si hay algún cambio que le afectará 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 es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos durante la estancia. No pagará copagos. Cuando se haya ido del hospital o centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos siempre que los medicamentos cumplan todas nuestras normas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y cuánto debe pagar, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual para miembros*.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Con frecuencia, un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene farmacia propia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no pertenece a la red 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 paliativos y por nuestro plan.

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



- Es posible que esté inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos antieméticos, laxantes o ansiolíticos) que su centro de cuidados paliativos no cubre, porque no se relacionan con su pronóstico y condiciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir un aviso del profesional recetador o de su proveedor de cuidados paliativos, en el que informen de la ausencia de relación del medicamento con su pronóstico terminal 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 paliativos o al médico recetador que se aseguren de que tengamos el aviso de la ausencia de relación del medicamento con su pronóstico terminal antes de solicitar el surtido de una receta en una farmacia.

Si se va del centro de cuidados paliativos, nuestro plan cubrirá todos los medicamentos. Para evitar cualquier retraso en la farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, presente documentación ante la farmacia para verificar que ya no está internado en el centro de cuidados paliativos.

Consulte las secciones anteriores de este capítulo que contienen información sobre los medicamentos cubiertos del plan. Consulte el **Capítulo 4, sección E**, de este *Manual para miembros*, para obtener más información sobre los beneficios del centro de cuidados paliativos.

G. Programas sobre seguridad y administración 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:

- es posible que no sean necesarios, ya que está tomando otro medicamento similar con los mismos efectos
- es posible que no sean seguros para su edad o sexo
- podrían ser perjudiciales 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)
- tienen cantidades inseguras de analgésicos opiáceos.

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

G2. Programas de ayuda para la administración de medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En estos casos, usted puede optar por recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un Programa de Manejo de Tratamientos Farmacológicos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito, y ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos están funcionando para mejorar su salud. Si cumple los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- cualquier preocupación que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier duda o problema que tenga sobre su medicamento con receta o de venta libre.

Después, le darán lo siguiente:

- Un resumen escrito de la charla. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos con recomendaciones sobre qué puede hacer para el uso óptimo de sus medicamentos.



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

- 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 recetados que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre 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 proveedores de atención médica.
- Lleve la lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplen los requisitos. Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos en este y le enviaremos información. Si no quiere participar en el programa, avísenos y lo excluirémos.

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 Administración de Medicamentos (DMP).

Si utiliza medicamentos opiáceos que recibe de varios profesionales recetadores o farmacias o si ha tenido una sobredosis de opiáceos recientemente, podemos hablar con el profesional recetador para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos es adecuado y médicamente necesario. En colaboración con su médico, si decidimos que su consumo de opiáceos recetados o de medicamentos con benzodiazepinas podría no ser seguro, podremos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo inscribimos en nuestro DMP, algunas limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitar que obtenga todas las recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas en una farmacia determinada.
- Solicitar que obtenga todas las recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de un profesional recetador determinado.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubrimos.

Si planificamos limitar la cantidad de estos medicamentos que puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. En esta carta, se le indicará si vamos a limitar la cobertura de estos medicamentos para usted, o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos de un proveedor o de una farmacia determinada.

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

Si considera que hemos cometido un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional recetador pueden presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si confirmamos la denegación de una 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 más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9, Sección E**, de este *Manual para miembros*.)

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

- padece determinadas afecciones médicas, como cáncer o anemia falciforme,
- está recibiendo cuidados paliativos, terminales o en el final de la vida o
- vive en un centro de atención a largo plazo.

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



ESTÁ PÁGINA
SE DEJÓ INTENCIONALMENTE
EN BLANCO



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 recetados. El término “medicamentos” comprende lo siguiente:

- medicamentos recetados de Medicare Parte D, y
- medicamentos y artículos cubiertos por Medical Assistance, y

dado que usted reúne los requisitos para recibir Medical Assistance, recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos de Medicare Parte D. Le enviamos un folleto aparte, titulado “Manual para miembros para personas que obtienen ayuda adicional para el pago de medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula adicional del plan de Subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional de LIS”), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional de LIS”.

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 es conocida como “Cláusula adicional del plan de Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Los demás términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede consultar estos sitios:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - A efectos de brevedad, la llamamos *Lista de medicamentos*. Esta lista contiene información sobre lo siguiente:
 - » 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.
- En el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.
 - se explica cómo obtener sus medicamentos ambulatorios a través del plan.
 - En el capítulo, también se da información sobre las normas que debe seguir. Además, se 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 verá es una estimación de los gastos de bolsillo que se prevé que deberá pagar. Puede llamar a su coordinador de atención a Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro *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 aquellas que aceptaron trabajar con nosotros.
 - El Directorio de proveedores y farmacias contiene una lista de farmacias de la red. Consulte el **Capítulo 5, Sección A**, de este *Manual para miembros*, para obtener información sobre las farmacias de la red.

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



Índice

A. Explicación de beneficios (EOB).....	95
B. Cómo controlar los costos de medicamentos	95
B1. Cómo usar la tarjeta de identificación de miembro	95
B2. Cómo garantizar que tenemos la información que necesitamos	95
B3. Envío de información sobre pagos de terceros hechos en su nombre	96
B4. Comprobación de las EOB que le enviamos	96
C. Etapas de pago de medicamentos para los medicamentos de Medicare Parte D ..	96
C1. Los tres niveles de gasto compartido de nuestro plan	97
C2. Sus opciones de farmacia	97
C3. Cómo conseguir un suministro de medicamentos a largo.....	97
C4. Lo que usted paga.....	97
D. Etapa 1: Etapa inicial de cobertura	98
D1. Sus opciones de farmacia.....	98
D2. Cómo conseguir un suministro de medicamentos a largo	99
D3. Lo que usted paga	99
D4. Fin de la etapa inicial de cobertura	99
E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica	100
G. Lo que paga por las vacunas de Parte D	100
G1. Qué debe saber antes de vacunarse	100



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted efectúa cuando surte recetas en la farmacia. Hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- **Sus gastos de bolsillo.** Esta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus medicamentos recetados. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, todo pago por sus medicamentos que hayan efectuado sus familiares o amigos, todo pago hecho por medicamentos efectuado por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicales, Servicio de Salud para Indígenas, programas de ayuda para medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Sus costos totales de medicamentos.** Este es el total de todos los pagos efectuados por los medicamentos con cobertura de la Parte D. Se incluye lo que el plan pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, nosotros le enviamos un resumen denominado *Explicación de Beneficios*. A efectos de brevedad, lo llamamos EOB. La EOB no es una factura, sino que contiene más información sobre los medicamentos que toma.

La EOB incluye:

- **Información del mes.** El resumen indica los medicamentos que ha recibido durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que hemos pagado y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Muestra los gastos totales en medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información del precio del medicamento.** Se trata del precio total del medicamento y de cualquier cambio en el precio del medicamento desde el primer surtido por cada reclamación de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Alternativas más baratas.** Cuando corresponda, se le dará 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 averiguar qué medicamentos tienen cobertura de nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, Medical Assistance cubre algunos medicamentos recetados y de venta libre. Estos medicamentos también están incluidos en la *Lista de medicamentos*.

B. Cómo controlar los costos de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Usted os puede ayudar de las siguientes maneras:

B1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro.

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

B2. Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.

Presente copias de los recibos de los medicamentos con cobertura que haya pagado. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento.

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

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



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

Para obtener más información sobre como solicitar el reembolso del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7, Sección A**, de este *Manual para miembros*.

B3. Envíenos información sobre pagos realizados por terceros en su nombre.

Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Ayuda para Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Esto lo puede ayudar a calificar para la cobertura catastrófica. Cuando alcance la etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare Parte D por el resto del año.

B4. Revise las EOB que le enviamos.

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

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

¿Y si encuentra errores en este resumen?

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

¿Y en caso de un posible fraude?

Si en este resumen aparecen medicamentos que no está tomando o por cualquier otro asunto que le parezca sospechoso, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete.
- O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Si considera que hay algún error o faltante, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Etapas de pago de medicamentos para los medicamentos de Medicare Parte D

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



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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
En esta etapa, pagaremos una parte de los costos de sus medicamentos, y usted pagará su parte. Su parte se denomina copago. Comenzará en esta etapa cuando surta su primer receta del año.	Durante esta etapa, pagaremos el total de los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Se inicia en esta etapa cuando haya pagado un determinado importe de sus gastos de bolsillo.

C1. Los tres niveles de gasto compartido de nuestro plan

Los niveles de gasto compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de los niveles de gasto compartido. Para conocer los niveles de gasto compartido de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos genéricos del nivel 1 tienen el copago más bajo. Pueden ser medicamentos genéricos o medicamentos sin cobertura de Medicare, pero con cobertura de Medical Assistance. El copago varía entre \$0 y \$5.10, según sus ingresos.
- Los medicamentos de marca del nivel 1 tienen un copago más alto. El copago varía entre \$0 y \$12.65, según 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:

- de la red o
- fuera de la red. Solo en casos excepcionales, cubriremos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5, Sección A**, de este *Manual para miembros* para saber cuáles son estos casos excepcionales.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* para saber cómo presentar una apelación si se le informa de 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 a largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, es posible que pueda obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro ampliado”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo puede ser para hasta 90 días. Cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

Para obtener 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 deba pagar un copago cuando surta una receta. Si su medicamento con cobertura cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

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

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



Su parte del costo cuando obtiene una suministro para *un mes o a largo plazo* de un medicamento con cobertura en:

	Una farmacia de la red Suministro para un mes o hasta 90 días de algunos medicamentos.	En 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 está limitada a determinados casos. Consulte el Capítulo 5 de este Manual para miembros para obtener información adicional.
Gasto compartido Nivel 1 - Genérico	\$0/\$1.60/\$5.10 Los copagos de medicamentos recetados pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba. Llámenos para obtener información adicional.	\$0	\$0/\$1.60/\$5.10
Gasto compartido Nivel 1 – Marca	\$0/\$4.90/\$12.65 Los copagos de medicamentos recetados pueden variar según el 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 el *Directorio de proveedores y farmacias*.

D. Etapa 1: Etapa inicial de cobertura

Durante la etapa inicial de cobertura, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la otra parte. Su parte se denomina copago. El copago depende del nivel de gasto compartido en el que se encuentre el medicamento y dónde lo obtiene.

Los niveles de gastos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos están en uno de nuestros niveles de gasto compartido. Para conocer el nivel de gasto compartido de sus medicamentos, consulte nuestra Lista de medicamentos.

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

D1. Sus opciones de farmacia

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

- minorista de la red o
- fuera de la red. Solo en casos excepcionales, cubriremos las recetas que surta en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 de este Manual para miembros para averiguar cuáles son estos casos excepcionales.

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



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

D2. Cómo conseguir un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, es posible que pueda obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro ampliado”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo puede ser para hasta 90 días. Cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

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

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 para *un mes o a largo plazo* de un medicamento con cobertura en:

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 90 días para algunos medicamentos.	Una farmacia de atención a largo plazo de la red hasta 31 días.	Una farmacia fuera de la red hasta 30 días. La cobertura se limita a determinados casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener información adicional.
Gasto compartido Nivel 1 - Genérico	\$0/\$1.60/\$5.10 Los copagos de medicamentos recetados pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba. Llámenos para obtener más información.	\$0	\$0/\$1.60/\$5.10
Gasto compartido Nivel 1 – Medicamentos de marca	\$0/\$4.90/\$12.65 Los copagos de medicamentos con receta pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba. Llámenos para obtener información adicional.	\$0	\$0/\$4.90/\$12.65
Medicamentos y productos de venta libre	\$0	\$0	\$0

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

D4. Fin de la etapa inicial de cobertura

La etapa inicial de cobertura finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo alcanza los \$2,100. A partir de ese momento, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Desde ese momento y hasta fin de año, cubriremos todos los gastos de medicamentos.

Su EOB le ayuda a controlar cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le avisaremos cuando alcance el límite de \$2,100. Varias personas no lo alcanzan en un año.

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



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. Usted permanece en la etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos con cobertura de 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 con cobertura. No obstante, su médico puede recetarle medicamentos para menos de un mes.

- Es posible que, en ocasiones, quiera consultar con su médico sobre las recetas de medicamentos para un suministro de menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, usted no pagará el suministro de un mes completo para determinados medicamentos.

Cuando reciba un suministro de un medicamento para menos de un mes, el importe que pague dependerá de la cantidad de días para los que reciba el medicamento. Nosotros calculamos el importe que usted paga por día por el medicamento (la “tasa diaria de gasto compartido”) y lo multiplicamos por la cantidad de días para los que obtiene el medicamento.

- Por ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro para 30 días) es de \$1.60. Esto significa que la cantidad que usted paga por día por el medicamento es de menos de \$0.06 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es de menos de \$0.06 por día multiplicado por 7 días; esto es, un pago total de menos de \$0.42.
- El gasto compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le sirva 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, e
 - ir menos a la farmacia.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Medicare Parte D. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de Medicare Parte D sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros, para obtener información sobre vacunas determinadas.

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

1. La primera parte es el costo de la vacuna en sí.
2. La segunda parte es el costo de administrarle la vacuna. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección administrada por su médico.

G1. Qué debe saber antes de vacunarse

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

- Podemos darle información sobre la cobertura de vacunas de nuestro plan.
- Podemos indicarle cómo mantener bajos sus costos mediante el uso de farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y proveedores de la red son aquellas que 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.



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

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

Introducción

En este capítulo, se explica cómo y cuándo debe enviarnos una factura para solicitar un pago. También se explica cómo puede 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 de este *Manual para miembros*.

Índice

- A. Solicitud de pago de servicios o medicamentos102
- B. Cómo enviar una solicitud de pago104
- C. Decisiones de cobertura104
- D. Apelaciones.....105



A. Solicitud de pago de 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 aquel que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de SeniorCare Complete le facturen estos servicios o medicamentos. Efectuamos el pago directamente y lo protegemos de cualquier cargo.

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

- Si cubrimos servicios o medicamentos, pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos servicios o medicamentos y usted pagó previamente un importe mayor a su parte del costo de la factura, tiene derecho a un reembolso.
 - » 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 lo pueden ayudar a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte el número de teléfono de Servicios para Miembros al final de la página.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, le avisaremos.

Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de atención. Si no sabe qué debería haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudar. También puede llamar si quiere darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Estos son algunos casos en los que podría tener que solicitar la devolución del dinero o que paguemos una factura que ha recibido:

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

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

Pida al proveedor que nos facture.

- Si usted paga el importe total cuando recibe la atención, solicite una devolución. Envíenos la factura y el comprobante del pago que efectuó.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en el que se le solicite un pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya hecho.
 - » 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 siempre nos deben facturar. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o una receta. Sin embargo, a veces, por error, se le solicita que pague servicios o un importe mayor del que le corresponde. **Llame a Servicios para Miembros** al número que figura al final de esta página **si recibe cualquier factura**.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 del pago de ningún costo. Los proveedores no deben facturarle ningún importe por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya efectuado. Le haremos una devolución de los servicios con cobertura.

3. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ya ha transcurrido el primer día de inscripción. Es posible que hasta ya haya transcurrido un año.)

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

4. Cuando surte una receta en una farmacia fuera de la red

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

- Solo en algunos casos cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*, para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- 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 importe total de la receta porque no tiene 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 solicite la devolución del dinero.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio al contado que pagó es mayor que nuestro precio negociado por la receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado sin cobertura

Es posible que pague el costo total de un medicamento recetado porque este 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 comprar el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - » Si no paga el medicamento, pero considera 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 profesional recetador consideran que lo necesita de inmediato (en un plazo de 24 horas), usted puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9, Sección G4**, de este *Manual para miembros*).



- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional recetador para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio que pagó es mayor que 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, pagaremos la parte del costo que nos corresponde.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el **Capítulo 9, Sección G5**, de este *Manual para miembros*.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

No permitimos que los proveedores de SeniorCare Complete le facturen estos servicios. Pagamos a los proveedores de manera directa y le protegemos de cualquier cargo.

No debe pagar la factura. Envíenos la factura. También puede solicitar ayuda a su coordinador de atención. Consulte la **Sección A** de este capítulo o el **Capítulo 9, Sección F5**.

Envíenos la factura y un comprobante de pago de los servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Le recomendamos que haga una copia de la factura y de los recibos para sus registros.** Puede solicitar ayuda a su coordinador de atención.

Si solicita el pago de un medicamento con receta, puede completar nuestro formulario de solicitud de reembolso para solicitar un pago.

- No es obligatorio utilizar el formulario, pero este nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede obtener el formulario de reclamación de medicamento con receta en nuestro sitio web www.mnscha.org, o puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar el formulario.

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 envíe un fax al:

1-507-431-6328

C. Decisiones de cobertura

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

- 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 el importe que pagó o nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el importe total que pagó (por ejemplo, si compró un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio que pagó en efectivo es mayor que nuestro precio negociado). Si no pagó, pagaremos directamente al proveedor.



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

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 de cobertura de los 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 contendrá también una explicación de sus derechos para hacer una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9, Sección E**.

D. Apelaciones

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitar que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación” También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el importe que le pagamos.

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

- Para presentar una apelación sobre el reembolso del pago de un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso del pago de un medicamento, consulte la página de la **Sección G**.



ESTÁ PÁGINA
SE DEJÓ INTENCIONALMENTE
EN BLANCO



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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

En este capítulo, se incluyen sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información que atiendan sus necesidades.....	108
B. Nuestra responsabilidad para que usted acceda oportunamente a los servicios y medicamentos con cobertura	108
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	109
C1. Cómo protegemos su PHI	109
C2. Derecho a consultar su historial médico	109
D. Nuestra responsabilidad de darle información.....	109
E. Prohibición de que los proveedores de la red le facturen directamente	110
F. Su derecho a cancelar su inscripción en nuestro plan.....	110
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	111
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	111
G2. Su derecho a decidir qué quiere que suceda si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo	111
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	112
H. Su derecho a presentar quejas y a solicitar que reconsideremos decisiones	112
H1. Qué hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos.....	112
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	113



A. Su derecho a obtener servicios e información que atiendan sus necesidades

Debemos garantizar la prestación de **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, con perspectiva cultural y de manera accesible, incluso para las personas con conocimientos limitados de inglés, capacidad limitada de lectura, discapacidad auditiva o con orígenes culturales y étnicos diferentes. Además, debemos darle información sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de forma que pueda entenderlos. Debemos informarle de sus derechos cada año que se inscriba en nuestro plan.

- Para obtener información de un modo que pueda entender, 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.
- Desde nuestro plan también se le pueden entregar materiales en otros 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 periódica 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Al coordinador de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, al 651-431-3040, o bien, utilice el servicio de retransmisión que prefiera.
- A la Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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

Como miembro del plan, usted tiene los siguientes derechos:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es aquel que trabaja con nosotros. Puede encontrar 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 obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- No le solicitamos 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 de especialistas en un plazo razonable.
 - Si no puede obtener los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- 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 demoras extensas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede atenderse con 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 considera que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. También se dispone qué puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.



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

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

Protegemos su PHI de acuerdo con las leyes federales y estatales.

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

Usted tiene derechos respecto de su información y del control del uso de su PHI. Nosotros le entregamos un aviso escrito con información sobre estos derechos y explicaciones sobre 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 entregamos su PHI a ninguna persona que no le preste o pague su atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones en su nombre, puede dar su permiso escrito.

En ocasiones, no necesitamos obtener primero su permiso escrito. Las siguientes excepciones están permitidas o son exigidas 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 entregar su PHI a Medicare, incluida la información sobre los medicamentos de Medicare Parte D. Si Medicare revela su PHI con fines de investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.
- Nosotros, y los profesionales de la salud que le atienden, tenemos derecho a consultar la información sobre su atención médica. Cuando usted se inscribió en el Programa de Asistencia Médica de Minnesota, usted dio su consentimiento para que lo hiciéramos. Mantendremos la confidencialidad de esta información de acuerdo con la ley.

C2. Derecho a consultar su historial médico

- Usted tiene derecho a consultar su historial médico y a obtener una copia de este. Nosotros podemos cobrar una tarifa por las copias de su historial médico.
- Usted tiene derecho a solicitar una actualización o corrección de su historial médico. Si lo solicita, 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.

D. Nuestra responsabilidad de darle información

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 dudas que tenga sobre nuestro plan. Para conseguir un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito para usted. También podemos darle información en letra grande, braille o audio.

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

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



- **Cómo elegir o cambiar de plan**
- **Nuestro plan, incluido:**
 - información financiera
 - las calificaciones de los miembros del plan
 - la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros
 - cómo cancelar su inscripción en el plan
 - los resultados de un estudio externo de revisión de calidad del estado.
- **Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluidos:**
 - cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)
 - cualificación de proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores de la red
 - si implementamos un plan de incentivos para médicos que afecta el uso de los servicios de remisión, e información sobre el plan.
- **Servicios y medicamentos con cobertura, 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*) con cobertura de 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 solicitarnos lo siguiente:**
 - disponer por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiar una decisión que tomamos
 - pagar una factura que recibió.

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

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

F. Su derecho a cancelar su inscripción en 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 Original Medicare o de un plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de un plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para miembros*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan MA o de beneficios para medicamentos recetados.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medical Assistance si cancela su inscripción en nuestro plan.



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

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

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

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

Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento de una forma que usted pueda entenderlas. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a recibir información sobre los riesgos. Debemos informarle con antelación si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Solicitar una segunda opinión.** Usted tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir el tratamiento.
- **Rechazar el tratamiento.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a irse de un hospital u otro centro médico, aunque su médico le recomiende lo contrario. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no cancelaremos su inscripción en el plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le ocurra.
- **Solicitar una explicación sobre la denegación de la atención de un proveedor.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le ha denegado la atención que usted considera que debería recibir.
- **Solicitar la cobertura de un servicio o medicamento que se denegó o que en general no se cubre.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el **Capítulo 9, Sección E**, de este *Manual para miembros*, se explica cómo puede solicitar 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 de atención médica por sí mismas. Antes de que esto le suceda, usted puede hacer lo siguiente:

- **Completar un formulario escrito en el que le otorga a otra persona el derecho a tomar decisiones médicas por usted** si usted no puede hacerlo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo deben administrar su atención médica si se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** quiere.

El documento legal que usted utiliza para dar sus instrucciones se denomina “voluntad anticipada”. Existen distintos tipos de voluntades anticipadas y distintos nombres para estas. Algunos ejemplos son el testamento en vida y el poder notarial para atención médica.

No está obligado a utilizar una voluntad anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si quiere utilizar una voluntad anticipada:

- **Conseguir el formulario.** Puede solicitar el formulario a su médico, a un abogado, a un trabajador social o en algunas tiendas de artículos para oficinas. Las farmacias y los consultorios de los proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en Internet y descargarlo. Minnesota Aging Pathways es una organización que da 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.
- **Completar y firmar el formulario.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de completar el formulario con la ayuda de un abogado o de otra persona de confianza, como un familiar o su PCP.

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



- **Entregar copias del formulario a las personas que necesiten tenerlo.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que designe en el documento para que tome decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Además, puede entregar copias a amigos íntimos o familiares. Guarde una copia en casa.
- Si va a ser hospitalizado y firmó una voluntad anticipada, **lleve una copia del documento al hospital..**
 - En el hospital, le preguntarán si firmó un formulario de voluntades anticipadas y si lo trajo.
 - Si no firmó un formulario de voluntades anticipadas, el hospital dispone de formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene los siguientes derechos:

- Solicitar que su voluntad anticipada se añada a su historial médico.
- Modificar o anular su voluntad anticipada en cualquier momento.
- Recuerde, usted decide si completar o no una voluntad anticipada.

Por ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarle por haber firmado o no una voluntad anticipada. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una voluntad anticipada y considera 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, por teléfono, al 651-201-4201, o a la línea gratuita, 1-800-369-7994.

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

En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*, se le indica qué puede hacer si tiene algún problema o duda sobre sus servicios o atención con cobertura. Por ejemplo, puede solicitar 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 las quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Miembros para obtener esta información.

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

Si considera que recibió un trato injusto de nuestra parte, y **no** se trata de discriminación por los motivos que se indican en el **Capítulo 11** de este *Manual para miembros*, o quiere más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- **Servicios para Miembros.**
- **programa Minnesota Aging Pathways** al 1-800-333-2433. Para obtener más información sobre Minnesota Aging Pathways, consulte el Capítulo 2, Sección F, de este Manual para miembros.
- **Al defensor del pueblo de Minnesota para Programas Públicos de Atención Médica Administrada**, al 1-800-657-3729. Para obtener más información sobre este programa, consulte el **Capítulo 2, Sección J**, de este *Manual para miembros*.
- **A 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>.)



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

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene dudas, 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 con cobertura. Para obtener información sobre los:
 - servicios con cobertura, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*. En estos capítulos, se indica qué está cubierto, qué 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*.
- **Avísenos 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.
- **Avise a su médico y a otros proveedores de atención médica** de que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros profesionales de la salud a prestarle la mejor atención.
 - Deles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden usted y sus proveedores.
 - Establezca una relación con un médico de atención primaria de la red del plan antes de enfermarse. Esto será útil para usted y para a su médico de atención primaria para entender su estado de salud general.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Cumpla las visitas de atención médica preventiva. Sométase a pruebas y exámenes, y dese las vacunas recomendadas para usted según su edad y género.
 - Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben darle explicaciones que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea respetuoso.** 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 sus deudas.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de SeniorCare Complete, Medical Assistance paga la prima de Medicare Parte A y la prima de Medicare Parte B.
 - Para algunos de los medicamentos cubiertos de nuestro plan, deberá abonar su parte del costo cuando reciba el medicamento. Este importe será el copago. En el **Capítulo 6**, se le indica lo que debe pagar 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.)
- **Avísenos si se muda.** Si planea mudarse, avísenos de inmediato. Llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir inscrito en el plan.** Solo pueden estar inscritas en el plan las personas que viven en nuestra área de servicio. Consulte cuál es nuestra área de servicio en el **Capítulo 1, Sección D**, de este *Manual para miembros*.

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



- Podemos ayudarlo a determinar 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 informarle si tenemos un plan en su nueva área.
- Informe a Medicare y Medical Assistance de su nueva dirección después de que se haya mudado. 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 estar informados.** Tenemos que 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 dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 respecto de su atención.
- Considera que sus servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.

Este capítulo se divide en secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que **necesita**. **Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que se correspondan con 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 deben llamar al servicio de retransmisión de MN, 711, o usar el servicio de retransmisión que prefieran. La llamada es gratuita. En este capítulo, se explican 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 obtener más información sobre los programas del defensor del pueblo que pueden ayudarlo a resolver sus problemas, consulte el **Capítulo 2, Sección J**, de este *Manual para miembros*.

Índice

Introducción	115
A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	117
A1. Acerca de los términos jurídicos.....	117
B. Dónde obtener ayuda	117
B1. Más información y ayuda	117
C. Conocimiento sobre quejas y apelaciones de Medicare y Medical Assistance en Nuestro plan	118
D. Problemas con sus beneficios	118
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	118
E1. Decisiones de cobertura	118
E2. Apelaciones	119
E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones	119
E4. Qué sección de este capítulo puede ser útil para usted	120
F. Atención médica, salud conductual y servicios de atención a largo plazo	120
F1. Cómo utilizar esta sección	120
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	121
F3. Cómo presentar una apelación de nivel 1	122
F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2	125

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



F5. Problema de pago.....	127
G. Medicamentos recetados de Medicare Parte D.....	128
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Parte D	128
G2. Excepciones de Medicare Parte D	129
G3. Cuestiones importantes a saber sobre la solicitud de una excepción.....	130
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	130
G5. Cómo presentar una apelación de nivel 1.....	132
G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2.....	133
H. Cómo solicitar la cobertura de una estancia hospitalaria más extensa	135
H1. Conozca sus derechos con Medicare	135
H2. Cómo presentar una apelación de nivel 1.....	136
H3. Cómo presentar una apelación de nivel 2.....	137
I. Cómo solicitar la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos	137
I1. Aviso previo a la finalización de su cobertura.....	138
I2. Cómo presentar una apelación de nivel 1	138
I3. Cómo presentar una apelación de nivel 2	139
J. Cómo continuar el proceso de apelación después del nivel 2	140
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	140
J2. Apelaciones adicionales de Medical Assistance	141
J3. Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de Medicare Parte D.....	141
K. Cómo presentar una queja.....	142
K1. Qué tipo de problemas se consideran quejas.....	142
K2. Quejas internas.....	143
K3. Quejas externas.....	143



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 resolver problemas e inquietudes. El proceso que utilice dependerá del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas reclamos).

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

A1. Acerca de los términos jurídicos

Este capítulo contiene términos legales de algunas normas y plazos. Varios de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que utilizamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales siempre que podemos. Las abreviaturas se utilizan lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

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

El conocimiento de los términos jurídicos adecuados lo puede ayudar a comunicarse con mayor claridad, por lo que también se los facilitamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Más información y ayuda

A veces es confuso iniciar o seguir el proceso para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda de Minnesota Aging Pathways

Puede llamar a Minnesota Aging Pathways. Los asesores de Minnesota Aging Pathways pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender 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 todos los condados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de Minnesota Aging Pathways es 1-800-333-2433, o si es usuario de TTY, llame al servicio de retransmisión de MN, al 711 o al servicio de retransmisión que prefiera. 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. Estas son las dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame a Medicare 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 del defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada. Esta persona puede responder 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 del defensor del pueblo.

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



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. Esta persona lo puede ayudarle a entender qué proceso iniciar. El número de teléfono del defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada es 651-431-2660 o 1-800-657-3729, o si usuario de TTY, llame al servicio de retransmisión de MN, al 711 o utilice el servicio de retransmisión que prefiera. Los servicios son gratuitos.

C. Conocimiento sobre 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, los procesos de Medicare y Medical Assistance no se pueden combinar. En esas situaciones, usted debe iniciar un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medical Assistance. En la **Sección F4**, se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que se correspondan con su situación. Los siguientes cuadros son útiles para ayudarlo a encontrar la sección correcta de este capítulo para cada problema o queja.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si una atención médica concreta (artículos médicos, servicios o 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 es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección E: “Decisiones de cobertura y apelaciones” .	No. Mi problema no es sobre 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 los beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Es decir, en general, hacemos referencia a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **atención médica**.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es aquella que tomamos respecto de sus beneficios y cobertura o de los importes que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red le remite a un médico especialista fuera de la red, esta remisión se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este médico especialista o que el servicio remitido no esté cubierto en virtud de ninguna condición (consulte el **Capítulo 4, Sección F**, de este *Manual para miembros*).

Usted o su médico también se pueden comunicar 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 denegar la prestación de atención médica que usted considera que necesita. **Si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura.**



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

Tomaremos una decisión de cobertura para decidir qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ha dejado de estarlo 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, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que determinamos.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se trata de una apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. La revisión de la apelación es analizada por otros revisores que no fueron los que adoptaron la decisión desfavorable inicial de su apelación.

Cuando terminemos la revisión, le avisaremos. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, en la **Sección F2**, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **denegamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema se relaciona con la cobertura de atención médica de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de nivel 2. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Parte D o de Medical Assistance, en la carta se le indicará cómo presentar una apelación de nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo con cobertura de Medicare y Medical Assistance, la carta le dará información sobre ambos tipos de apelaciones 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 de estas maneras:

- **Llame a Servicios para Miembros** al número que aparece al final de la página.
- **Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)** para obtener ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No está relacionada con este plan. En Minnesota, el SHIP se llama **Minnesota Aging Pathways**. El número de teléfono es 1-800-333-2433 o, si es usuario de TTY, llame al servicio de retransmisión de MN, al 711, o utilice el servicio de retransmisión que prefiera. Estas llamadas son gratuitas.
- Llame al **defensor del pueblo para los Programas Públicos de Atención Médica Administrada** para obtener 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 servicios o facturación. El número de teléfono es 651-431-2660 o 1-800-657-3729 o si es usuario de TTY, llame al servicio de retransmisión de MN, al 711, o use el servicio de retransmisión que prefiera.
- **Comuníquese con su médico u otro proveedor.** Estas personas pueden solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Comuníquese con un amigo o familiar.** Usted puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Comuníquese con un abogado.** Usted tiene derecho a contratar un abogado, pero **no es obligatorio** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su 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.

Complete el formulario de Nombramiento de representante si quiere que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a una persona a actuar en su nombre.

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



Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página y solicite el formulario “Nombramiento de representante”. Para obtener el formulario también puede visitar www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ser útil para usted

Existen cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos distintos. En este capítulo, encontrará información detallada sobre cada una de ellas. Consulte la sección que le corresponda:

- **Sección F**, “Atención médica, salud conductual y servicios de atención a largo plazo” en esta página.
- **Sección G**, “Medicamentos recetados de Medicare Parte D”.
- **Sección H**, “Cómo solicitar la cobertura de una estancia hospitalaria más extensa”.
- **Sección I**, “Cómo solicitar la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos”. (Esta sección sólo se aplica a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria [CORF]).

Si no está seguro de qué sección le corresponde, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.

Para obtener más ayuda o información, puede llamar al defensor del pueblo para los Programas públicos de atención médica administrada al 651-431-2660 o al 1-800-657-3729; los usuarios de TTY del servicio de retransmisión de Minnesota deben llamar al 711 o usar el servicio de retransmisión que prefieran.

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 cuadro de beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*. En algunos casos, se podrían aplicar diferentes reglas para un medicamento de Medicare Parte B. En ese caso, le explicaremos las diferencias entre las normas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B y las normas de los servicios y artículos médicos.

F1. Cómo utilizar esta sección

Esta sección explica qué puede hacer en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.
Qué puede hacer: puede solicitar una decisión de 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 que estaba cubierta por nosotros y quiere que emitamos un reembolso.
Qué puede hacer: puede solicitar una devolución. 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 tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana (*de octubre a marzo*) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.mnscha.org.

- Si se trata de la cobertura de atención hospitalaria, atención médica en el hogar, 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, remítase a esta sección (**Sección F**) para orientarse.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura es sobre su atención médica, esta se denomina **“determinación de organización integrada”**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:

- Por teléfono: 1-866-567-7242. TTY: 1-800-627-3529 o 711.
- Por fax: 1-507-431-6328
- Por escrito: Member Services
South Country Health Alliance
6380 W Frontage Rd.
Medford, MN 55049

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar”, a menos que aceptemos utilizar los plazos “rápidos”. En el caso de una decisión estándar de cobertura, le daremos una respuesta en:

- **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 recibir su solicitud **para un medicamento de Medicare Parte B.**

Para un artículo o servicio médico, podemos demorar 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 demoramos unos días más en tomar una decisión, le avisaremos por escrito. **No podemos tomar días medicamentos de Medicare Parte B.**

Si considera que **no deberíamos** demorar más días, puede presentar una “queja rápida” contra nuestra decisión de demorar más días. Cuando usted presenta una queja rápida, la responderemos en 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión rápida sobre la cobertura

El término legal de “decisión rápida de cobertura” es “determinación acelerada”.

Cuando solicite una decisión de cobertura sobre su atención médica y, debido a su salud, necesite una respuesta rápida, solicite una “decisión rápida de cobertura”. En el caso de una decisión rápida de cobertura, le responderemos en:

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

Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 demorar hasta 14 días calendario más si determinamos que necesitamos más información que pueda beneficiarlo (como historiales médicos de proveedores fuera de la red). Si demoramos unos días más en tomar una decisión, le avisaremos por escrito. **No podemos tomar días adicionales si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B.**

Si considera que **no deberíamos** demorar más días para tomar una decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” contra nuestra decisión de demorar más días. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Nos comunicaremos cuanto antes tengamos una decisión.

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

- Solicitar cobertura para artículos o servicios médicos que **no obtuvo**. No puede solicitar una decisión rápida de cobertura sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar **podría perjudicar gravemente su salud** o su capacidad de funcionamiento.

Otorgaremos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico informa de que esta es necesaria por su estado de salud. Si usted presenta una solicitud sin el respaldo de su médico, decidiremos si obtendrá una decisión rápida de cobertura.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta con esta determinación y, en cambio, utilizaremos los plazos estándar.
 - Emitiremos automáticamente una decisión de cobertura rápida si la solicita su médico.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” contra nuestra decisión de emitir una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos.

- Si la **denegamos**, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si considera que cometimos un error, la presentación de una apelación es una manera formal de solicitar la revisión y modificación de nuestra decisión.
- Si decide presentar una apelación, pasará al nivel 1 del procedimiento de apelación (consulte la **Sección F3** a continuación).

En circunstancias limitadas, podremos desestimar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de desestimación de una solicitud son los siguientes:

- si la solicitud está incompleta;
- si un tercero presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o
- si solicita que se desestime su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicándole por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se tratan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-866-567-7242. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, consulte el **Capítulo 2, Sección A**.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o por teléfono al 1-866-567-7242 o TTY 711. La llamada es gratuita.



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

- Si su médico u otro profesional recetador le solicita que continúe con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante la apelación, es posible que deba designarlo representante para que esta persona actúe en su nombre.
- Si una persona que no sea médico presenta apelación en su nombre, incluya un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarle. Para obtener el formulario, puede visitar www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestro sitio web www.mnscha.org > Programs (Programas) > Medicare Advantage Programs (Programas Medicare Advantage) > What is SeniorCare Complete (Qué es SeniorCare Complete) > Coverage Decisions, Appeals and Complaints (Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas).
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podremos iniciar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes del vencimiento del plazo para tomar una decisión sobre su apelación:
 - desestimaremos su solicitud, y
 - le enviaremos una notificación por escrito, en la que le explicaremos su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación en un plazo de 65 días calendario desde la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si incumplió el plazo y tiene una buena causa para justificar dicho incumplimiento, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de justa causa son, por ejemplo, haber tenido una enfermedad grave o que le dimos información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo del incumplimiento del plazo de presentación cuando haga la apelación.
- Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted o su médico también nos pueden presentar información adicional que justifique su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal de “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.

- 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.

Emitiremos automáticamente una decisión rápida de apelación si su médico nos dice que su salud lo requiere.
Si usted la solicita sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si otorgarle una apelación rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta con esta determinación y, en cambio, utilizaremos los plazos estándar. Esta carta contendrá la siguiente información:
 - Emitiremos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” contra nuestra decisión de otorgar una apelación estándar, en lugar de una apelación rápida. Para obtener 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 el proceso de 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 usted solicita una apelación de nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha que figura en nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigor de la medida, lo que suceda más tarde.

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



- Si cumple este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente 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, no se continuará la prestación del servicio o artículo mientras espere la decisión sobre su apelación.

Analizaremos su apelación y le daremos una respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Revisaremos si cumplimos las normas cuando **denegamos** su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos responder **a las 72 horas después de recibir su apelación**. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos más días para tomar la decisión, le avisaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B, no podemos tardar más tiempo en tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas o después de que hayan transcurrido los días adicionales que nos tomamos, debemos elevar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, para que la revise una IRO. Más adelante en la **Sección F4** de este capítulo, describiremos esta organización y le explicaremos el proceso de apelación de nivel 2. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medical Assistance, puede presentar una solicitud de audiencia imparcial de nivel 2 ante el estado tan pronto como se venza el plazo. En Minnesota, una audiencia imparcial se denomina apelación del estado.
- **Si otorgamos su solicitud en forma total o parcial**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas desde la recepción de su apelación.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de su solicitud**, enviaremos 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** desde la recepción de su apelación de cobertura de servicios que no ha recibido.
- Si su solicitud hace referencia a un medicamento de Medicare Parte B que no ha obtenido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** desde la recepción de su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos más días para tomar la decisión, le avisaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B, no podemos tardar más tiempo en tomar la decisión.
 - Si considera que **no deberíamos** demorar más días, puede presentar una queja rápida contra nuestra decisión. Cuando usted presenta una queja rápida, le responderemos en 24 horas. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
 - Si no le damos una respuesta antes del vencimiento del plazo o después de que hayan transcurrido los días adicionales que nos tomamos, debemos elevar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, para que la revise una IRO. Más adelante en la Sección F4 de este capítulo, describiremos esta organización y le explicaremos el proceso de apelación de nivel 2. Si su problema se relaciona con la



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

cobertura de un servicio o artículo de Medical Assistance, puede presentar una solicitud de audiencia imparcial de nivel 2 ante el estado tan pronto como se venza el plazo. En Minnesota, una audiencia imparcial se denomina apelación del estado.

Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario, o **de 7 días calendario** desde la recepción de su apelación, si se trata de un medicamento de Medicare Parte B.

Si denegamos una parte o la totalidad de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales:

- Si **denegamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicare, en la carta se le informará que elevamos su caso a la IRO para una apelación de nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medical Assistance, en la carta se le indicará cómo usted puede presentar una apelación de nivel 2.

F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si denegamos una parte o la totalidad de su apelación de nivel 1, le enviaremos una carta. En la carta, se le informará 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, elevaremos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelación en cuanto se complete la apelación de nivel 1.
- Si su problema hace referencia a un servicio o artículo que Medical Assistance suele cubrir, puede presentar usted mismo una apelación de nivel 2. En la carta, se le indicará cómo puede hacerlo. También incluimos información adicional en este capítulo.
- Si su problema hace referencia a un servicio o artículo que pueden cubrir **tanto Medicare como Medical Assistance**, se le otorgará automáticamente una apelación de nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si usted cumplía los requisitos para la continuidad de los beneficios cuando presentó su apelación de nivel 1, sus beneficios para el servicio, el artículo o el medicamento sujetos a la apelación también pueden continuar durante el proceso del nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre la continuidad de sus beneficios durante el proceso de apelación de nivel 1.

- Si su problema se refiere a un servicio que normalmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continuarán 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. Esta es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**”, a veces denominada “**IRE**”.

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la empresa para que fuera la IRO, y Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización.
- Usted tiene derecho a presentar ante la IRO información adicional que sustente su apelación.
- Los revisores de la IRO examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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



Si tuvo derecho a una apelación rápida en el nivel 1, también lo tendrá en el nivel 2.

- Si nos ha presentado una apelación rápida de nivel 1, se le otorgará automáticamente una apelación rápida de nivel 2. La IRO debe contestar su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde la recepción de su apelación.
- Si su solicitud hace referencia a un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, puede **demorar hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B.

Si tuvo derecho a una apelación estándar en el nivel 1, también lo tendrá en el nivel 2.

- Si nos ha presentado una apelación estándar en el nivel 1, obtendrá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe contestar su apelación de nivel 2 **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B, la IRO debe contestar su apelación de nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La IRO demora 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 acepta una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, nosotros debemos:
 - autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas**, o
 - prestar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de recibir la decisión de la IRO en el caso de las **solicitudes estándar**; o bien,
 - prestar el servicio dentro de las **72 horas** siguientes a la fecha de recepción de la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO otorga la solicitud de un medicamento de Medicare Parte B en su totalidad o parcialmente, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de Medicare Parte B en disputa:**
 - **en las 72 horas** siguientes a la recepción de la decisión de la IRO en el caso de **solicitudes estándar**; o bien,
 - **a las 24 horas** siguientes de la fecha de recepción de la decisión de la IRO en el caso de **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO rechaza parte o la totalidad de su apelación**, esto significa que está de acuerdo con nuestra denegación de su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de ella). Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar la 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, que en total suman cinco niveles.
 - Si se rechaza su apelación de nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar el proceso de apelación, deberá decidir si presenta una tercera apelación en el nivel 3. La información detallada sobre cómo hacer esto estará redactada en el aviso que reciba después de la apelación de nivel 2.
 - Un juez de derecho administrativo (ALJ) o un abogado adjudicador es quien resuelve una apelación de nivel 3. Consulte la Sección J para obtener más información sobre las apelaciones de niveles 3, 4 y 5.

Cuando su problema se refiere a un servicio o artículo que Medical Assistance suele cubrir, o que está cubierto por Medicare y por Medical Assistance

Una apelación de nivel 2 para servicios que suele cubrir Medical Assistance es una audiencia imparcial con el estado. En Minnesota, una audiencia imparcial se denomina apelación del estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** desde la fecha de envío de la carta de la decisión que figura en la apelación de nivel 1. En la carta que le enviaremos le informaremos dónde presentar su solicitud de audiencia imparcial.



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

Debe solicitar una apelación del estado en un plazo de 120 días a partir de la fecha de la decisión de apelación del plan.

Envíe la solicitud escrita por correo postal o fax a:

Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941
Fax: 651- 431-7523

Formulario de presentación de apelación en línea:

edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG

Un juez de Servicios Humanos de la Oficina Estatal de Apelaciones celebrará la audiencia. Su reunión será por teléfono, a menos que usted pida una reunión presencial. En la audiencia, explíquelo al juez por qué no está de acuerdo con la decisión tomada por el plan. Puede solicitar la ayuda de un amigo, familiar, defensor, proveedor o abogado.

El proceso puede durar entre 30 y 90 días. Si su audiencia es por un servicio que se necesita con urgencia y usted necesita una respuesta más rápida, avise a la Oficina Estatal de Apelaciones cuando presente su solicitud de audiencia. Si su audiencia es por una denegación de necesidad médica, puede solicitar un dictamen médico de un revisor externo. No se le cobrará nada.

Si necesita 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 deben llamar al servicio de retransmisión de Minnesota, al 711, o usar el servicio de retransmisión que prefieran.

La oficina de audiencias imparciales le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si desde la oficina de Audiencias Imparciales aceptan una parte o la totalidad de su solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o prestar el servicio o artículo a las 72 horas después de recibir su decisión.
- Si desde la oficina de Audiencias Imparciales, se rechaza una parte o la totalidad de su apelación, esto significa que la oficina está de acuerdo con la denegación de su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de esta). Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar la apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la oficina de Audiencias Imparciales es **denegar** la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene otros derechos de apelación.

Si su apelación de nivel 2 se elevó a la **IRO**, puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que quiere alcanza un determinado importe mínimo. Un ALJ o un abogado adjudicador resuelve las apelaciones de nivel 3. En la carta **que reciba de la IRO, se explicarán los derechos de apelación adicionales que podría tener.**

En la carta que reciba de la oficina de Audiencias Imparciales, se describirá 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 servicios y artículos con cobertura. Esto es así, aunque paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le pedirá que pague el saldo de ninguna factura. El único importe que debe pagar es el copago de los medicamentos recetados.

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medical Assistance. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medical Assistance, envíenos la factura. No pague la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso del proveedor de atención médica si respetó las normas para obtener servicios o artículos.

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



Si quiere que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o solicita que le paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medical Assistance que usted pagó, deberá solicitar que emitamos una decisión de cobertura. Nosotros comprobaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si cumplió 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 pagó está cubierto y usted cumplió todas las normas, enviaremos a su proveedor el pago del servicio o artículo, normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar a los 60 días calendario desde la recepción de su solicitud. Su proveedor le enviará posteriormente el pago a usted.
- Si aún no pagó el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Si enviamos el pago, quiere decir que **aceptamos** 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 lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que realicemos un reembolso, debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su apelación.

Si **denegamos** su apelación y **Medicare** suele cubrir el servicio o artículo, elevaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto ocurre.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y determina que debemos pagar, debemos enviar el pago a usted o al proveedor a los 30 días calendario. Si se **acepta** su apelación en cualquier fase del proceso de apelación posterior al nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica a los 60 días calendario.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, esto significa que está de acuerdo con que no aprobemos su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos de apelación adicionales que podría tener. Consulte la Sección J para obtener más información sobre otros niveles de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es una **denegación** 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 varios medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de Medicare Parte D. Medicare Parte D no cubre algunos medicamentos que Medical Assistance sí podría cubrir. **Esta sección sólo se aplica a las apelaciones de medicamentos de Medicare Parte D.** En esta sección, hablaremos de “medicamento” en lugar de “medicamento de Medicare Parte D” cada vez. En el caso de medicamentos con cobertura de Medical Assistance únicamente, siga el proceso de la **Sección E**.

Para tener cobertura, el medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Parte D

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted podría solicitar que tomemos sobre sus medicamentos de Medicare Parte D:

- Solicitar una excepción, que incluya lo siguiente:
 - la cobertura de un medicamento de Medicare Parte D que no figure en la Lista de medicamentos de nuestro plan; o
 - la omisión de una restricción sobre nuestra cobertura de un medicamento (como límites a la cantidad que puede obtener).



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

- Usted consulta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: Si en la farmacia le informan de que su receta no se puede surtir como se redactó, la farmacia le entregará un aviso escrito en el que le explicarán cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de Medicare Parte D se denomina **“determinación de cobertura”**.

- Solicita que paguemos un medicamento que usted ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelarla. En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice 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 apartemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> , y usted considera que cumple las normas o restricciones del plan. (Por ejemplo, obtener una aprobación con antelación) para el medicamento que necesita.	Quiere que paguemos le reembolsemos el importe que pagó por un medicamento que usted ya obtuvo y ya pagó.	Le informamos de que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la forma que usted quiera.
Puede solicitar que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	También puede solicitar una decisión de cobertura.	Puede solicitar que paguemos devolución. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita una reconsideración).
Consulte primero la Sección G2 , y después consulte 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 usted quisiera, puede solicitar una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otro médico recetador debe explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

La solicitud de cobertura de un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o la omisión de una restricción sobre un medicamento se denomina, a veces, solicitud de una **“excepción del 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 del monto de copago obligatorio del medicamento.

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



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 obtener más información).
- Normas y restricciones adicionales para determinados medicamentos:
 - Estar obligado a utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación con antelación antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se suele denominar “autorización previa (PA)”.
 - Estar obligado a probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto se suele denominar “terapia escalonada”.
 - Límites a la cantidad. En el caso de algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad de medicamentos que puede tomar.

G3. Cuestiones importantes a saber sobre la solicitud de una excepción

Su médico u otro profesional recetador debe comunicarnos los motivos médicos.

Su médico u otro profesional recetador debe presentar una declaración en la que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional recetador cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una enfermedad específica. Estos son los denominados “medicamentos alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos decir aceptar o denegar su solicitud.

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta suele tener vigencia hasta fin del año calendario. Esto es así siempre que su médico siga recetándole el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si **denegamos** su solicitud de excepción, puede solicitar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener más información sobre cómo presentar una apelación si **denegamos** su solicitud.

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 quiere por teléfono al 1-866-567-7242 o TTY 711, por escrito o por fax. Puede hacerlo usted, su representante o su médico (u otro profesional que le recete medicamentos). Indique su nombre, información de contacto e información sobre la queja.
- Usted, su médico (u otro profesional recetador) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede actuar un abogado en su nombre.
- Consulte la Sección E3 para saber cómo designar a una persona como representante.
- No es necesario que autorice por escrito a su médico o a otro profesional recetador para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere solicitar que le reembolsemos un medicamento, consulte el Capítulo 7 de este Manual para miembros.
- Si solicita una excepción, presente una “declaración justificativa”. La declaración justificativa debe incluir los motivos de su médico u otro profesional recetador para solicitar una excepción.



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

- Su médico u otro profesional recetador puede enviar la declaración justificativa por fax o por correo postal. Además, pueden dar esta declaración por teléfono y después enviarla por fax o correo postal.

Si su salud lo requiere, solicite una “decisión rápida sobre la cobertura”.

Utilizamos los “plazos estándar” a menos que acordemos utilizar los “plazos rápidos”.

- En una **decisión estándar de cobertura**, le responderemos a las 72 horas de la recepción de la declaración de su médico.
- En una **decisión rápida de cobertura**, le responderemos a las 24 horas de la recepción de la declaración de su médico.

A Una “decisión rápida de cobertura” se denomina **“determinación acelerada de cobertura”**.

Puede obtener una decisión rápida de cobertura si:

- Es para un medicamento que no compró. No puede obtener una decisión rápida de cobertura si solicita el reembolso de un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad funcional se verían gravemente perjudicadas si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional recetador nos indica que su estado de salud requiere una decisión rápida de cobertura, la aceptaremos y la emitiremos. Le enviaremos una carta con esta determinación.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo de su médico u otro médico recetador, nosotros decidiremos si usted obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su estado de salud no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, utilizaremos, en cambio, los plazos estándar.
 - Le enviaremos una carta con esta determinación. En la carta también se le indicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Usted puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta en 24 horas. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos de una decisión rápida de cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta a las 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le responderemos a las 24 horas después de recibir la declaración justificativa del médico. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, elevaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le proporcionaremos la cobertura en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o de la declaración justificativa de su médico.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta, también se 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 a las 72 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le responderemos a las 72 horas después de recibir la declaración justificativa del médico. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, elevaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.

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



- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le proporcionaremos la cobertura a las 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración justificativa de su médico para una excepción.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se indicará cómo puede 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, elevaremos su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, haremos el reembolso a los 14 días calendario.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se indicará cómo puede 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** por teléfono al 1-866-567-7242 o TTY 711, por escrito o por fax. Puede hacerlo usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador). Incluya su nombre, información 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 incumplió el plazo y tiene una buena causa para justificar dicho incumplimiento, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de justa causa son, por ejemplo, haber tenido una enfermedad grave o que le dimos información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo del incumplimiento del plazo de presentación cuando haga la apelación.
- Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted o su médico también nos pueden presentar información adicional que justifique su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una “apelación rápida” también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional recetador decidirán si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para solicitar una apelación rápida son los mismos que para una decisión rápida de cobertura. Consulte la Sección G4 para obtener más información.

Analizaremos su apelación y le daremos una respuesta.

- Revisaremos su apelación y volveremos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Comprobamos si cumplimos las normas cuando **denegamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con su médico u otro profesional recetador para obtener más información.



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

Plazos para una apelación rápida de nivel 1

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en las 72 horas** siguientes a la recepción de su apelación.
 - Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no respondemos en 72 horas, debemos elevar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. La revisión la hará una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos y con información sobre cómo puede presentar una apelación.

Plazos de una apelación estándar de nivel 1

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si usted no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en 7 días calendario, debemos elevar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. La revisión la hará una IRO. Consulte la **sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.

Si **aceptamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero **a más tardar a los 7 días calendario** desde la fecha de recepción de su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que haya comprado **en 30 días calendario** después de recibir su apelación.

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta con los motivos y le indicaremos cómo puede presentar una apelación.
- Debemos comunicarle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en 14 días calendario** desde la fecha de recepción de su apelación.
 - Si no le damos una respuesta en 14 días calendario, debemos elevar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación. La revisión la hará una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de nivel 2.
- Si **aceptamos** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos devolverle el dinero en 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos y con información sobre cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si **rechazamos** su apelación de nivel 1, usted puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, deberá utilizar el proceso de apelación de nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión en caso de que **rechacemos** su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.



El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**”, a veces llamada “**IRE**”.

Para presentar una apelación de nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional recetador deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **rechazamos** su apelación de nivel 1, la carta que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar una apelación de nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted apela ante la IRO, nosotros enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información es su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitar 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 responderá 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 **aceptan** una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobada **a las 24 horas** siguientes a la recepción de 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 7 días calendario** desde la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- **En 14 días calendario** desde la recepción de su apelación por reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO **acepta** parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado **en las 72 horas** siguientes a la recepción de la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsar el pago del medicamento que compró en 30 días calendario después recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, esto significa que está de acuerdo con que nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar la apelación”.

Si la IRO **rechaza** su apelación de nivel 2, tiene derecho a solicitar una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es menor que el mínimo exigido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de nivel 2 será definitiva.

La IRO le enviará una carta con el valor mínimo en dólares necesario para proceder 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.

- El proceso de apelación consta de otros tres niveles después del nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** su apelación de nivel 2 y usted cumple los requisitos para continuar el proceso de apelación, usted:
 - Decide si quiere presentar una apelación de nivel 3.



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

- Consulte la carta que le envió la IRO después de su apelación de nivel 2, para obtener información sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador resuelve las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles 3, 4 y 5 de apelaciones.

H. Cómo solicitar la cobertura de una estancia hospitalaria más extensa

Cuando es admitido en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios con cobertura y necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de 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 estancia hospitalaria con cobertura, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día del alta hospitalaria. También, ayudarán a planificar los cuidados que podría necesitar después del alta.

- 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 considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto o le preocupan los cuidados posteriores al alta hospitalaria, puede solicitar una estancia hospitalaria más extensa.

H1. Conozca sus derechos con Medicare

En los dos días siguientes a su admisión en el hospital, personal del hospital, de enfermería o asistencia social, le entregará un aviso escrito titulado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas con Medicare obtienen una copia de este aviso siempre que son admitidos en el hospital.

Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** atentamente y haga preguntas sobre lo que no entiende. En el aviso, se le informa de sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a lo siguiente:
 - Obtener servicios con cobertura de Medicare durante y después de una estancia hospitalaria. Usted tiene derecho a saber en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - Participar en cualquier decisión sobre la duración de su estancia hospitalaria.
 - 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 confirmar que lo recibió y que entiende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar la notificación.
 - La firma del aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. La firma no significa que acepta la fecha de alta que le haya indicado el 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:

- Llama a Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

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



- También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

H2. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Para solicitar la cobertura de servicios de hospitalización por más tiempo, presente una apelación. La Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) revisará la apelación de nivel 1 para determinar si la fecha prevista del alta es médicamente adecuada para usted.

La QIO es un conjunto de médicos y demás profesionales de atención médica 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 que le den el alta hospitalaria y a más tardar en la fecha prevista del alta.

- **Si llama antes del alta**, puede quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta sin pagar mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no apela** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

Solicite 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 al servicio de retransmisión de MN (TTY) al 711.

Solicite una revisión rápida. Actúe rápido y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal de “revisión rápida” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Qué ocurre durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura se debe extender después de la fecha prevista del alta. No es obligatorio que presente una declaración escrita, 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 de su apelación, usted recibirá una carta con la fecha prevista del alta. En la carta también se explican los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que esa es la fecha de alta médicamente adecuada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es “**Aviso detallado de alta**”. Usted puede solicitar una copia a Servicios para Miembros, por teléfono, a los números que figuran 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 ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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



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

Si la QIO **acepta** su apelación:

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

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Consideran que su fecha prevista de alta es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios terminará al mediodía del día siguiente al que la QIO responda a su apelación.
- Es posible que deba 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 continúa 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 solicita a la QIO que reconsidere la decisión que tomó en la 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** después del día en que la QIO **rechazara** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa en el hospital después de la fecha de finalización de su cobertura.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Nuevamente, examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Comunicarán su decisión sobre la apelación de nivel 2 en 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los gastos de hospitalización desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su apelación de nivel 1.
- Le proporcionaremos los servicios de hospitalización con cobertura mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Está de acuerdo con su decisión sobre la apelación de nivel 1 y no la modificarán.
- Le entregarán una carta que indicará los pasos a seguir si quiere continuar el proceso de apelación y cómo presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador resuelve las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles 3, 4 y 5 de apelaciones.

I. Cómo solicitar la continuidad de la cobertura de ciertos servicios médicos

Esta sección solo trata sobre tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de atención médica en el hogar;
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada; y
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Esto suele significar que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

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



Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir los servicios con cobertura mientras el médico informe de que los necesita.

Si decidimos suspender la cobertura de alguno de estos servicios, debemos comunicárselo **antes** de que entre en vigor la suspensión de los servicios. A partir del inicio de la suspensión de la cobertura de los servicios, dejaremos de pagarlos.

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **usted puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se le explica cómo solicitar una apelación.

11. Aviso previo a la finalización de su cobertura

Le enviaremos un aviso escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se denomina “Aviso de interrupción de cobertura de Medicare”. En el aviso, se le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para confirmar que lo recibieron. La firma del aviso significa únicamente que recibió el aviso. La firma **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

12. Cómo presentar una apelación de nivel 1

Si considera que estamos interrumpiendo la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, encontrará información sobre el proceso de apelación de nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Entienda y respete los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir los plazos. Si considera que no cumplimos nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la Sección K para obtener más información sobre las quejas.
- **Solicite 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 al servicio de retransmisión de MN (TTY) 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 comunicarse con esta.
 - Solicite la revisión de su apelación y que se determine si cambia la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápido y solicite una “apelación rápida”.** Consulte con la QIO si es médicamente pertinente que interrumamos 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.

El término legal del aviso escrito es “**Aviso de interrupción de cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, obtenga 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 preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar. No es obligatorio que presente una declaración escrita, pero puede hacerlo.



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

- Los revisores examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que haya presentado nuestro plan.
- Nuestro plan también le enviará un aviso escrito que contendrá los motivos por los que finaliza la cobertura de sus servicios. Usted recibirá el aviso al final del día en el que los revisores nos informen de su apelación.

El término legal de la explicación del aviso es **“Explicación detallada de interrupción de la cobertura”**.

- Los revisores le comunicarán su decisión al día siguiente completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios con cobertura mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** 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 mismo deberá pagar 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 de un CORF después de la fecha de interrupción de la cobertura.
- Usted decide si quiere continuar con estos servicios y presentar una apelación de nivel 2.

13. Cómo presentar una apelación de nivel 2

En una apelación de nivel 2, usted solicita a la QIO que reconsidere la decisión que tomó en la 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** después del día en que la QIO haya **rechazado** su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continúa recibiendo atención después de la fecha en que se interrumpió la cobertura.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Nuevamente, examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Comunicarán su decisión sobre la apelación de nivel 2 en 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsaremos 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 **rechaza** su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir la cobertura de la atención y no la cambiarán.
- Le entregarán una carta que indicará los pasos a seguir si quiere continuar el proceso de apelación y cómo presentar una apelación de nivel 3.

Un ALJ o abogado adjudicador resuelve las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles 3, 4 y 5 de apelaciones.

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



J. Cómo continuar el proceso de apelación después del nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y 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 por el que apeló no alcanza cierta cantidad mínima, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá continuar con el proceso de apelación. En la carta que reciba de la IRO por la apelación de nivel 2, se le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Apelación de nivel 3

El proceso de apelaciones de nivel 3 es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o abogado adjudicador **acepta** su apelación, nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que le sea favorable a usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos que la acompañen. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar la prestación de un servicio controvertido.
- Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
 - Si el ALJ o abogado adjudicador **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión en la que se rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que obtenga tendrá información sobre qué hacer en 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 integra el gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de nivel 3 que lo favorezca a usted, tenemos derecho a apelar en el nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestar el servicio en un plazo de 60 días calendario desde la recepción de la decisión del Consejo.

Si el Consejo **rechaza** o deniega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión en la que se rechaza su apelación, podrá continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que obtenga, se le informará si puede apelar en el 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 si la **acepta** o la **rechaza**. Esta será la decisión definitiva. Ya no habrá otros niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.



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

J2. Apelaciones adicionales de Medical Assistance

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación se relaciona con servicios o artículos que suele cubrir Medical Assistance. En la carta que reciba de la Oficina Estatal de Audiencias de Apelación, se le indicará qué debe hacer si quiere continuar con el proceso de apelación.

Si no está de acuerdo con la resolución del proceso de apelación del estado, puede apelar ante el Tribunal de Distrito de su condado y, para esto, debe comunicarse con el secretario del condado. Tiene 30 días para presentar una apelación ante el Tribunal de Distrito.

Si necesita 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; los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de Minnesota, al 711, o usar el servicio de retransmisión que prefieran.

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 apeló alcanza un determinado importe en dólares, es posible que pueda apelar en otros niveles. En la respuesta escrita que reciba a su apelación de nivel 2, se le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Apelación de nivel 3

El proceso de apelaciones de nivel 3 es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o abogado adjudicador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación habrá 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 **rechaza** su apelación o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión en la que se rechaza su apelación, podrá continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá, se le indicará qué hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte integrante del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación habrá 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 a más tardar a los 30 días calendario desde la recepción de la decisión.

Si el Consejo **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión en la que se rechaza su apelación, podrá continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le informará si puede apelar en el nivel 5 y qué debe hacer.

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



Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá si la **acepta** o la **rechaza**. Esta será la decisión definitiva. Ya no habrá otros niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja**K1. Qué tipo de problemas se consideran quejas**

El procedimiento de queja solo se utiliza para determinados tipos de problemas, como los que se relacionan con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio de atención al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se resuelven en un proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• No está satisfecho con la calidad de la atención, como la que recibió en el hospital.
Respeto de su intimidad	• Considera que alguien no respetó su derecho a la intimidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio de 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 lo están forzando a cancelar su inscripción en nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No puede acceder físicamente a los servicios y las instalaciones de atención médica en un consultorio del médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete del idioma distinto del inglés que usted hable (como la Lengua de Señas Americana o el 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. • Médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Miembros u otro personal del plan le hacen esperar demasiado.
Limpieza	• Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	• Considera que no le hemos entregado un aviso o carta que debería haber recibido. • Considera que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Cumplimiento de plazos relacionado con decisiones de cobertura o apelaciones	• Considera que no cumplimos los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación. • Considera que, después de obtener una decisión de cobertura o de apelación en su favor, no cumplimos los plazos de aprobación o prestación del servicio o de reembolso de determinados servicios médicos. • Considera que no elevamos su caso a la IRO oportunamente.



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

Existen distintos tipos de quejas. Usted puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y es revisada por este. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al defensor del pueblo para Programas Públicos de Atención Médica Administrada, al 651-431-2660, al 1-800-657-3729 o al servicio de retransmisión de MN (TTY) al 711, o usar el servicio de retransmisión que prefiera.

El término legal de “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 figura al final de esta página. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de Medicare Parte D. Si la queja es sobre 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 & Appeals Department
South Country Health Alliance
6380 W Frontage Rd
Medford, MN 55049

El término legal de “queja rápida” es “**reclamo acelerado**”.

Si es posible, le contestaremos enseguida. Si nos llama con motivo de una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada. Si su estado de salud requiere que le contestemos rápidamente, así lo haremos.

- Responderemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en el plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, le avisaremos por escrito. También le daremos una actualización del estado y un plazo estimado de 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, le avisaremos y le daremos nuestras razones. Responderemos si aceptamos la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede reportar 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 ante SeniorCare Complete antes de presentar una queja ante Medicare.

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



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 considera que el plan de salud no está resolviendo 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

Managed Care Section
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 ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si considera que no recibió 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 escribir a la oficina local de la OCR a la siguiente dirección:

Office of Civil Rights, Midwest Region, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601. Llame al 1-800-368 -1019, envíe un fax al 1-202-619-3818 o un correo electrónico a ocrmail@hhs.gov

También es posible que tenga derechos en virtud de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Puede llamar al defensor del pueblo para Programas Públicos de Atención Médica Administrada para obtener ayuda. El número de teléfono es 651-431-2660 o 1-800-657-3729, o bien, puede llamar al servicio de retransmisión de MN (TTY), al 711, o al servicio de retransmisión que prefiera.

QIO

Cuando su queja se refiera 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 una queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, colaboraremos con la QIO para resolverla.

La QIO es un conjunto de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica pagados por el gobierno federal para comprobar y mejorar la atención que se presta a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros*.

En Minnesota, la QIO es Commence Health. El número de teléfono de Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 711 o use el servicio de retransmisión que prefiera).



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 usted puede cancelar su inscripción en nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de darse de baja de nuestro plan. Si cancela su inscripción en el plan, seguirá perteneciendo a los programas de Medicare y Medical Assistance mientras cumpla los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

- A. **Cuándo puede cancelar su inscripción en el plan146**
- B. **Cómo cancelar su inscripción en el plan146**
- C. **Cómo obtener los servicios de Medicare y Medical Assistance por separado147**
 - Usted tiene opciones para recibir los servicios de Medicare y Medical Assistance si decide cancelar su inscripción en el plan..... 147
 - C1. Sus servicios de Medicare 147
 - C2. Sus servicios de Medical Assistance 150
- D. **Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su inscripción en nuestro plan150**
- E. **Otros casos de cancelación de la inscripción en el plan151**
- F. **Normas que impiden la cancelación de la inscripción en el plan por motivos de salud152**
- H. **Cómo obtener más información sobre la cancelación de su inscripción en el plan152**



A. Cuándo puede cancelar su inscripción en el plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su inscripción en ciertos momentos del año. Dado que usted tiene Medical Assistance, tiene algunas opciones para cancelar su inscripción en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su inscripción en nuestro plan durante los siguientes períodos de cada año:

- El **Período de inscripción anual**, que transcurre desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un plan nuevo durante este período, su inscripción en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su inscripción en el plan nuevo comenzará el 1 de enero.
- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que transcurre del 1 de enero al 31 de marzo y, para los miembros nuevos de Medicare inscritos en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y a la Parte B hasta el último día del tercer mes de este derecho. Si elige un plan nuevo durante este periodo, su inscripción en el plan nuevo comienza el primer día del mes siguiente.

Es posible que puede ser elegible para cambiar su inscripción en otros casos. Por ejemplo, si:

- se mudó fuera de nuestra área de servicio;
- cambió su elegibilidad para Medical Assistance o para Ayuda Adicional; o
- se mudó recientemente, está recibiendo atención en un centro de enfermería u hospital de atención a largo plazo o se acaba de mudar de uno de estos.

Su inscripción termina 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 en nuestro plan terminará el 31 de enero. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente (en este ejemplo, el 1 de febrero).

Si se da de baja de nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare dispuestas en la **Sección C1** de este capítulo.
- Servicios de Medical Assistance dispuestos en 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.

- También puede llamar a Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página. También se incluye el número de TTY.
- También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-333-2433. Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de MN, al 711, o usar el servicio de retransmisión que prefieran. Estas llamadas son gratuitas. En Minnesota, el programa SHIP se llama Minnesota Aging Pathways.

NOTA: Si está en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*, para obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su inscripción en el plan

Si decide cancelar su inscripción, se puede inscribir en otro plan de Medicare o pasarse a Original Medicare. Sin embargo, si quiere cambiar de nuestro plan a Original Medicare, pero no seleccionó otro plan de medicamentos de Medicare, deberá solicitar la cancelación de nuestro plan. Puede solicitar la cancelación de dos maneras:

- Puede presentar una solicitud por escrito. Si necesita más información para cancelar su inscripción, comuníquese con Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página.



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

- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 medicamentos o de salud de Medicare. Para obtener más información sobre cómo obtener servicios de Medicare después de cancelar su inscripción en nuestro plan, consulte el cuadro de la **Sección C** de este capítulo.
- En la **Sección C** a continuación, se indican los pasos que puede seguir para inscribirse en otro plan, que también supondrá la cancelación de 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 obtener los servicios de Medicare que se indican a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación en 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**. Cuando elige una de estas opciones, se cancela automáticamente su inscripción en nuestro plan.

1. Puede cambiarse a: Otro plan que le proporcione Medicare, y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medical Assistance en un solo plan, también conocido como plan integrado para necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP).	Esto es lo que debe hacer: Llamar 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 deben llamar al servicio de retransmisión de MN, al 711, o usar el servicio de retransmisión que prefieran). En Minnesota, el programa SHIP se llama Minnesota Aging Pathways. Las llamadas son gratuitas. O BIEN Inscríbase en un nuevo plan integrado de D-SNP. Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
--	---



2. Puede cambiarse a: Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare.	Esto es lo que debe hacer: Llamar 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 deben llamar al servicio de retransmisión de MN, al 711, o usar el servicio de retransmisión que prefieran). En Minnesota, el programa SHIP se llama Minnesota Aging Pathways. Las llamadas son gratuitas. O BIEN Inscribirse 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 darse de baja de nuestro plan, será inscrito automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) para recibir sus servicios de Medical Assistance, si es que nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado. Puede solicitar por escrito que le inscriban en el plan MSC+ en el que estaba antes de tener el plan MSHO. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, será inscrito en el plan MSC+ disponible en su condado. Si tiene alguna duda, comuníquese con el asistente financiero de su condado. Si actualmente tiene un gasto médico reducido y decide darse de baja de nuestro plan, se le prestará Medical Assistance con la modalidad de pago por servicio. No será inscrito en otro plan de salud para servicios de Medical Assistance.
--	--



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

3. Puede cambiarse a:**Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare separado.**

NOTE: NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscriba en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare de que no se quiere inscribir.

Solo debería darse de baja de la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como de 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 el servicio de retransmisión que prefiera). Para obtener de Minnesota Aging Pathways en su zona, 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), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión de MN, 711, o usar el servicio de retransmisión que prefiera. 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 cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Si decide darse de baja de nuestro plan, será inscrito automáticamente el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) para los servicios de Medical Assistance si nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado.

Puede solicitar la inscripción en el plan MSC+ por escrito, en el que estaba inscrito antes de inscribirse en el plan MSHO. Si nuestro plan no más información o para buscar una oficina tiene un plan MSC+ en su condado, será inscrito automáticamente el plan MSC+ disponible en su condado.

Comuníquese con el asesor financiero del condado si tiene dudas. Si tiene actualmente un gasto médico reducido y decide darse de baja de nuestro plan, tendrá la cobertura de Medical Assistance en virtud de un servicio tarifado. No será inscrito en otro plan de salud para los servicios de Medical Assistance.



4. Puede cambiarse a: Cualquier plan de salud de Medicare en determinados momentos del año, incluido el Período de inscripción abierta y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage u otros descritos en la Sección A.	Esto es lo que debe hacer: Llamar 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 deben llamar al servicio de retransmisión de MN, al 711, o usar el servicio de retransmisión que prefieran). En Minnesota, el programa SHIP se llama Minnesota Aging Pathways. Las llamadas son gratuitas. O BIEN Inscríbase en 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 cancelar su inscripción en nuestro plan, será inscrito automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para sus servicios de Medical Assistance, si es que nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado. Puede solicitar por escrito que le inscriban en el plan MSC+ en el que estaba antes de tener el plan MSHO. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, será inscrito en el plan MSC+ disponible en su condado. Si tiene alguna duda, comuníquese con el asistente financiero de su condado. Si actualmente tiene un gasto médico reducido y decide darse de baja de nuestro plan, se le prestará Medical Assistance con la modalidad de pago por servicio. No será inscrito en otro plan de salud para servicios de Medical Assistance.
--	---

C2. Sus servicios de Medical Assistance

Si se da de baja de nuestro plan, será inscrito automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) para sus servicios de Medical Assistance.

Puede solicitar por escrito que le inscriban en el plan MSC+ en el que estaba antes de tener el plan MSHO. Comuníquese con el asesor financiero de su condado si tiene preguntas.

Si actualmente tiene un gasto médico reducido y elige cancelar su inscripción en nuestro plan, tendrá Medical Assistance con la modalidad de pago por servicio. No será inscrito en otro plan de salud para los servicios de Medical Assistance.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su inscripción en nuestro plan

Si se da de baja de nuestro plan, es posible que transcurra un intervalo de tiempo entre la cancelación de su inscripción y el inicio de la nueva cobertura de Medicare y Medical Assistance. Durante este momento, nuestro plan seguirá proporcionando los medicamentos recetados y la atención médica hasta que comience el plan nuevo.



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

- Utilice nuestra red de proveedores para recibir atención médica.
- Utilice nuestra red de farmacias para surtir sus recetas.
- Si le hospitalizan el día en que se cancela la inscripción en SeniorCare Complete, nuestro plan cubrirá la estancia hospitalaria hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den el alta.

E. Otros casos de cancelación de la inscripción en el plan

Estos son los casos en los que SeniorCare Complete debe cancelar su inscripción al plan:

- Si se interrumpe su cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Si ya no califica para Medical Assistance. Nuestro plan es para personas que cumplen los requisitos de Medicare y de Medical Assistance.
 - 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 para los medicamentos con cobertura de Medicare.
 - Si necesita ayuda, puede llamar a Minnesota Aging Pathways al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY, deben llamar al servicio de retransmisión de MN, al 711 o utilizar el servicio de retransmisión que prefieran). Estas llamadas son gratuitas.
- Si se mudó fuera de nuestra zona 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 presenta intencionalmente información incorrecta en el momento de inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si ejerce una conducta perjudicial de manera continua y nos dificulta la prestación de la atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.

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



- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (Medicare puede solicitar al inspector general que investigue su caso si cancelamos su inscripción por este motivo).

F. Normas que impiden la cancelación de la inscripción en el plan por motivos de salud

No podemos exigirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con la salud. Si considera que lo estamos forzando a cancelar su inscripción 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.

G. Su derecho a reclamar si cancelamos su inscripción en nuestro plan

Si cancelamos su inscripción en el plan, debemos informarle de los motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o queja contra nuestra decisión de cancelar su inscripción. Asimismo, 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 cancelación de su inscripción en el plan

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su inscripción, puede llamar a Servicios para Miembros, al número que figura al final de esta página.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 contiene avisos legales que rigen su inscripción en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	153
B. Aviso federal de no discriminación.....	153
C. Aviso estatal sobre no discriminación	153
D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y la Asistencia Médica como pagador de último recurso.....	154

A. Aviso sobre leyes

Este *Manual para miembros* se rige por varias leyes. Estas leyes pueden afectar a sus derechos y responsabilidades aunque no estén incluidas o explicadas en este *Manual para miembros*. Las principales leyes aplicables son las leyes federales sobre los programas Medicare y Medical Assistance. También se podrían aplicar otras leyes federales y estatales.

B. Aviso federal de no discriminación

No discriminamos ni ejercemos un trato diferencial por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de quejas, 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 respetar 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 Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que rijan para las organizaciones que reciben 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. Además, puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

C. Aviso estatal sobre 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 dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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:

- Escriba a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad, región de medio oeste, a la dirección 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601. También puede llamar a los números gratuitos que se indican arriba, 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 de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema para acceder a una silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudar.

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

En ocasiones, otra persona debe pagar primero los servicios que prestamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidente laboral debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos las leyes y normativas federales y estatales relativas a la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica que se presta a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medical Assistance sea el pagador de último recurso.



Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros de SeniorCare Complete al 1-866-567-7242; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*); de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a 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 que se utilizan en todo el Manual para miembros con sus definiciones. Los términos están ordenados alfabéticamente. Si no encuentra el término que busca o si necesita más información de la que se incluye en una definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Acceso directo a servicios: puede atenderse con cualquier proveedor de la red del plan para obtener estos servicios. No necesita una remisión o autorización previa antes de obtener estos servicios.

Acciones: incluyen las siguientes:

- denegación o autorización limitada del tipo o el nivel de servicio
- reducción, suspensión o cancelación de un servicio que se había autorizado previamente
- denegación de la totalidad o parte de un pago o un servicio
- Interrupción de prestación de servicios por un tiempo razonable
- denegación de la solicitud de un miembro para obtener servicios fuera de la red, en el caso de miembros que vivan en un área rural con un único plan de salud.

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

Administración de la terapia con medicamentos (MTM): un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas que se ofrece a las personas que cumplen determinados requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información.

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

Apelación del estado: si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medical Assistance que nosotros no aprobamos, o si dejamos de pagar un servicio de Medical Assistance que usted ya tiene, puede solicitar una audiencia. Si la determinación de la audiencia es en su favor, debemos prestar el servicio que solicitó. Debe solicitar la audiencia por escrito. Debe solicitar una audiencia si está en desacuerdo con cualquiera de estas cuestiones:

- Una denegación, cancelación o reducción de servicios.
- Inscripción en el plan.
- Denegación total o parcial de una queja por un servicio.
- Nuestra omisión de acción en los plazos requeridos para dar autorizaciones previas y responder apelaciones.
- Toda otra acción.

Apelación: una forma de impugnar nuestra actuación si considera que cometimos un error. Puede solicitar que cambiemos una decisión de cobertura mediante una apelación. En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*, se explican las apelaciones y cómo presentarlas.

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



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 médicos y hospitales a los que puede ir, suele tratarse de la zona en la que puede recibir servicios de rutina (no de urgencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Asistente de salud en el hogar: una persona que presta servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con título; por ejemplo, ayudar con los cuidados personales (como bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). Los asistentes de salud en el hogar no tienen un título en enfermería ni prestan servicios de terapia.

Atención ambulatoria en un hospital: atención en un hospital que no suele requerir una estancia nocturna. Una estancia nocturna en observación se podría considerar atención ambulatoria.

Atención de emergencia: servicios con cobertura que presta un proveedor idóneo para prestar servicios de emergencia y necesarios tendientes a tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención de urgencia: atención que obtiene para una enfermedad, lesión o afección imprevista que es una emergencia, pero para la que se necesita atención inmediata. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no pueda atenderse con proveedores de la red debido a la hora, el lugar o las circunstancias (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos por una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica).

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación prestados de forma continua, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

Atención médica en el hogar: servicios de atención médica por una enfermedad o una lesión que se prestan en el hogar o en la comunidad en la que el miembro realiza sus actividades de la vida normal.

Autorización previa (PA): una aprobación que nosotros debemos emitir para usted antes de que usted pueda recibir un servicio o medicamento específico o consultar con un proveedor fuera de la red. Nuestro plan no cubre el servicio o medicamento si no obtiene primero la autorización.

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

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan figuran en el **Capítulo 4** de este *Manual para miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos con cobertura que necesitan la PA de nuestro plan están incluidos en la Lista de medicamentos cubiertos y las normas están publicadas en nuestro sitio web.

Aviso de acción: un formulario o una carta que le enviamos para informarle de una decisión que tomamos sobre una queja, servicio, o cualquier acción tomada por nuestro plan. También se denomina Denegación, cancelación o reducción (DTR).

Ayuda Adicional: 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”.



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

Biosimilar equivalente: un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una receta nueva porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley 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. (Consulte la definición de “biosimilares equivalentes”).

Cancelación de la inscripción: el proceso por el que termina su inscripción en el plan. La cancelación puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (por decisión ajena).

Capacitación en competencia cultural: formación adicional para nuestros profesionales de atención médica que les ayuda a entender mejor sus orígenes, valores y creencias para adaptar los servicios y que estos atiendan sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Centro de atención primaria (CAP): institución donde recibe la mayoría de los servicios de atención médica que necesita, como chequeos anuales, y que ayuda a coordinar su atención. Es posible que deba elegir una clínica de atención primaria cuando se inscriba en nuestro plan.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de enfermería con el personal y los equipos necesarios para prestar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios médicos relacionados.

Centro quirúrgico ambulatorio: una institución en la que se realizan cirugías ambulatorias 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): es la agencia federal responsable de Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros*, se explica cómo se puede comunicar con los CMS.

Certificado de necesidad de hogar para personas mayores: una determinación de que necesita cuidados en un hogar para personas mayores. Un evaluador utiliza un proceso llamado Consulta de cuidados a largo plazo para tomar la decisión.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El Consejo integra el gobierno federal.

Coordinador de atención: una persona particular 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: un monto fijo que usted paga como parte del costo cada vez que compra ciertos medicamentos. Por ejemplo, podría pagar entre \$2 y \$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 una enfermedad y el tratamiento. Los cuidados paliativos también tratan los problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que pueden plantear las enfermedades. Los cuidados paliativos se pueden administrar al mismo tiempo que los tratamientos destinados a curar o tratar la enfermedad. Los cuidados paliativos se pueden administrar cuando se diagnostica la enfermedad, durante el tratamiento, durante el seguimiento y hasta el final de la vida.



Cuidados paliativos: un programa de cuidados y apoyo para que las personas con un pronóstico terminal vivan con comodidad. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido médicamente certificada 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.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente formados da a la persona una atención integral, que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Tenemos la obligación de entregarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Decisión de cobertura: una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios con cobertura o el importe que pagaremos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Defensor del pueblo: una oficina en su estado que actúa como representante en su nombre. En esta oficina pueden responder sus preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a saber qué hacer. Los servicios del Defensor del Pueblo son gratuitos. Obtenga 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 cubrir o no servicios o cuánto paga usted por los servicios con cobertura. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*, se explican las decisiones de cobertura.

Emergencia: una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida o la discapacidad de una función del cuerpo, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. 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 estar formado por médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están 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 la definición de “equipo de atención interdisciplinario”.

Equipo médico duradero (DME): ciertos artículos que su médico ordena para que los use en su casa. Por ejemplo, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, 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 presta atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas.

Estudio de revisión de calidad externa: un estudio sobre cómo es la calidad, la puntualidad y el acceso a la atención de SeniorCare Complete. Este estudio es externo e independiente.

Etapas de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de Medicare Parte D en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta fin de año. Esta etapa comenzará cuando usted (u otras personas cualificadas en su nombre) haya gastado \$2,100 en medicamentos con cobertura de la Parte D durante el año.

Evaluación de riesgos de la salud (HRA): un estudio de su historial médico y su estado actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo esta podría cambiar en el futuro.



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

Excepción: permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para utilizar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Facturación indebida/inadecuada: situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico o un hospital) le factura un importe mayor que nuestro gasto compartido por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas que no obtiene.

Dado que pagamos la totalidad del costo de sus servicios, usted no debe ningún gasto compartido. Los proveedores no deben cobrarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir las recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos los medicamentos recetados solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos con cobertura a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos compartidos: importe que debe pagar para comprar determinados medicamentos. Los gastos compartidos incluyen los copagos.

Gastos de bolsillo: el requisito de gasto compartido por el que los miembros pagan parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de “gastos de bolsillo”. Consulte la definición de “gasto compartido” más arriba.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en el que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre medicamentos con cobertura y beneficios. Esto incluye los costos compartidos, medicamentos alternativos que se pueden utilizar para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites a la cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hogar o centro para personas mayores: un lugar que presta atención a personas que no pueden recibirla en su casa, pero que no necesitan estar en el hospital.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere la admisión en el hospital y que suele requerir una estancia nocturna. Una estancia nocturna en observación se puede considerar atención ambulatoria.

Información médica personal (también denominada información médica protegida) (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número del seguro social, visitas al médico e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Juez de derecho administrativo (ALJ): un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Límites a la cantidad: un límite de la cantidad de un medicamento que puede tomar. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) con cobertura. Nosotros elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos, se le indica si debe seguir alguna norma para obtener sus medicamentos. La *Lista de medicamentos* se suele denominar “formulario”.

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



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 explican su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus obligaciones como miembro de nuestro plan.

Medicaid (o Medical Assistance): un 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 gastos médicos.

Medical Assistance: es el nombre del programa de Medicaid en Minnesota. Medical Assistance es gestionado por el estado y lo pagan los gobiernos estatal y federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo y los 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: una descripción de los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que previene su admisión en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen las normas aceptadas de práctica médica. La atención médicamente necesaria es la adecuada para su estado de salud. Esto incluye la atención relacionada con las condiciones físicas y la salud mental. Incluye el tipo y el nivel de los servicios. Incluye la cantidad de tratamientos. También incluye dónde recibe los servicios y por cuánto tiempo. Los servicios médicamente necesarios deben:

- Ser servicios que otros proveedores pedirían con frecuencia.
- Ayudarlo a mejorar o a mantener su nivel de bienestar.
- Ayudar a evitar que empeore su enfermedad.
- Ayudar a prevenir y detectar problemas de salud.

Medicamento de marca: medicamento recetado 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 los suelen fabricar y vender otras empresas farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que finaliza la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento aprobado por la FDA para sustituir a un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que el medicamento de marca. Suele ser más barato y es igualmente eficaz que el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) con cobertura de nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte la definición de “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Medicamentos de Medicare Parte D: medicamentos con cobertura de Medicare Parte D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de Medicare Parte D. Medical Assistance podría cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre son fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de atención médica.



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

Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “MA”, que ofrece planes de MA a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Medicare Parte A: el programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en hospitales, centros de enfermería especializada, atención médica en el hogar y cuidados paliativos.

Medicare Parte B: el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre varios 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: el programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” a efectos de brevedad. Medicare Parte D cubre medicamentos ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no cubren Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medical Assistance. Nuestro plan incluye Medicare Parte D.

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). Las personas con Medicare pueden obtener la cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte la definición de “plan de salud”).

Miembro (miembro de nuestro plan, o miembro del plan): una persona con Medicare y Medical Assistance que reúne los requisitos para recibir los servicios con cobertura, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Minnesota Senior Care Plus (MSC+): un programa en el que el estado contrata planes de salud para cubrir y administrar servicios atención médica y de exención para personas mayores para quienes estén inscritos en Medical Assistance y tengan 65 años o más.

Minnesota Senior Health Options (MSHO): un 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, incluidas aquellas con planes MSC+.

Nivel de gasto compartido: un conjunto de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos (también denominada la *Lista de medicamentos*) están clasificados en uno de los 3 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de gasto compartido, más costará el medicamento.

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* está clasificado en uno de los tres niveles.

Organización de revisión independiente (IRO): una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

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



Organización para la mejora de la calidad (QIO): grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. El gobierno federal paga a las QIO para que estas comprueben y mejoren la atención que se presta a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener información sobre la QIO.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): el gobierno ofrece Original Medicare. En virtud de Original Medicare, los servicios se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de los importes que determine el Congreso.

- Usted puede atenderse con 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: un término que se utiliza cuando es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no se lo admite formalmente, es posible que siga siendo considerado paciente ambulatorio, en lugar de hospitalizado, aunque quede hospitalizado por la noche.

Parte A: Consulte la definición de “Medicare Parte A”.

Parte B: Consulte la definición de “Medicare Parte B”.

Parte C: Consulte la definición de “Medicare Parte C”.

Parte D: Consulte la definición de “Medicare Parte D”.

Persona con doble elegibilidad: aquella que reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare y de Medical Assistance.

Plan de atención individualizado (ICP o plan de atención): un plan que consiste en los servicios que obtendrá y cómo los obtendrá. Su plan podría incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos de largo plazo.

Plan de atención: consulte la definición de “Plan de atención individualizado”

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): plan de salud que atiende a personas elegibles para Medicare y para Medical Assistance. Nuestro plan es un plan D-SNP.

Plan de salud: una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios de largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención que le ayudan a administrar todos sus proveedores y servicios. Todas estas personas trabajan en conjunto para darle la atención que necesita.

Plan integrado de D-SNP: un 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 con elegibilidad para Medicare y para Medicaid. A estas personas se las conocía como personas con doble elegibilidad para todos los beneficios.

Planificación familiar: información, servicios y suministros que ayudan a las personas sobre la decisión de tener hijos. Estas decisiones incluyen la decisión de tener un hijo, cuándo tenerlo o no tenerlo en absoluto.



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

Producto biológico original: un producto biológico es aquel 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 fabrica 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 se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “biosimilar”).

Programa de administración de medicamentos (DMP): programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP): programa que ayuda a las personas elegibles con VIH/SIDA a acceder a medicamentos vitales para el VIH.

Programa de beneficiarios restringidos: un programa para miembros que recibieron atención médica y no han seguido las normas o usaron indebidamente los servicios. Si está inscrito en este programa, debe obtener servicios médicos de un proveedor de atención primaria designado, una clínica, un hospital utilizado por el proveedor de atención primaria y una farmacia. SeniorCare Complete puede designar otros proveedores de atención médica. Debe hacerlo por al menos 24 meses de elegibilidad para los Programas de Atención Médica de Minnesota. Los miembros de este programa que no sigan las normas del programa deberán continuar en el programa por otros 36 meses. El programa de beneficiarios restringidos no se aplica a los servicios con cobertura de Medicare.

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP): un programa estructurado para el cambio de conductas de salud que ofrece formación sobre cambios nutricionales a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos que suponen el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Prótesis y ortesis: 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 con el que consulta en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Este proveedor se asegura de que obtenga la atención que necesita para mantenerse saludable.

- Este proveedor también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos.
- 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: “proveedor” es el término que engloba a médicos, enfermeros y demás personas que prestan servicios y atención. Este término también incluye hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que prestan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

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



- 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 usted esté inscrito en nuestro plan, debe atenderse con proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no está contratado por nuestro plan, no pertenece al plan ni es operado por el plan, y que tampoco tiene un contrato para prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros*, se da una explicación sobre los proveedores o centros fuera de la red.

Proveedor: el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, enfermeros y demás personas que prestan servicios y cuidados. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que prestan servicios de atención médica, equipo médico 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.

Queja sobre la calidad de la atención: en este manual, se entiende por “queja sobre la calidad de la atención” una disconformidad expresada con respecto a los servicios de atención médica que generan un daño potencial o real hacia un miembro. Las quejas pueden referirse al acceso, la competencia del proveedor y el personal, la idoneidad clínica de la atención, las comunicaciones, el comportamiento, las consideraciones relativas a las instalaciones y el ambiente, y otros factores que podrían tener un efecto negativo en la calidad de los servicios de atención médica.

Queja: una declaración escrita o verbal por la que usted declara que tiene un problema o una inquietud acerca de los servicios o la atención con cobertura. Esto incluye cualquier preocupación sobre la calidad del servicio, la calidad de la atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. Formalmente, “presentar una queja” significa “presentar un reclamo”.

Reclamo: una queja que presenta ante nosotros o ante 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 usted no obtiene primero la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para consultar con determinados especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en los Capítulos 3 y 4 de este *Manual para miembros*.

Salud conductual: término que engloba a todos los trastornos mentales y por consumo de sustancias.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años y más. Los beneficios de la SSI no son lo mismo que los beneficios de la Seguridad Social.

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

Servicios con cobertura: término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios con cobertura de nuestro plan.



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

Servicios de acceso abierto: la ley federal y estatal le permiten elegir cualquier médico o 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 la vivienda: servicios para ayudar a las personas con discapacidad, incluidas las enfermedades de salud mental y los trastornos por consumo de sustancias, y a las personas mayores a encontrar y mantener una vivienda. El propósito de estos servicios es apoyar la transición de una persona a una vivienda, aumentar la estabilidad a largo plazo de la vivienda en la comunidad y evitar futuros períodos de falta de vivienda o institucionalización.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que recibe para poder recuperarse de una enfermedad, un accidente o cirugía de importancia. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios en el hogar y comunitarios (HCBS): servicios adicionales que se prestan para que pueda permanecer en su hogar.

Servicios excluidos: servicios sin cobertura de este plan de salud.

Servicios médicos: servicios de atención médica que presta o coordina un médico con licencia según la ley estatal (doctor en medicina [M.D.] o doctor en medicina osteopática [D.O.]).

Servicios para Miembros: departamento de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre inscripción, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre los Servicios para Miembros.

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

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su casa para que no tenga que ir a un hogar para personas mayores o a un hospital.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte la definición de “Ayuda adicional”.

Tasa diaria de gasto compartido: un importe que se puede aplicar cuando su médico le receta menos de un suministro mensual completo de determinados medicamentos y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de gasto compartido es el copago dividido por la cantidad de días de un mes de suministro.

Por ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro para 30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por día por el medicamento es de menos de \$0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es de menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días; esto es, un pago total de menos de \$0.35.

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, por una afección médica de emergencia.

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



Servicios para Miembros de SeniorCare Complete

Member Services

LLAME AL 1-866-567-7242

Las llamadas a este número son gratuitas.

Horario de atención: 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*); de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*).

Servicios para Miembros también dispone de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

TTY 711

1-800-627-3529 Este número requiere un equipo telefónico especial, y es solo para personas con dificultades de audición o del habla.

Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (*de octubre a marzo*); de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (*de abril a septiembre*).

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 AL 1-800-333-2433 La llamada es gratuita.

TTY Llame al servicio de retransmisión de Minnesota al 711 o utilice EL servicio de retransmisión que prefiera.

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>