

Manual del Afiliado de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Su cobertura médica y de medicamentos conforme a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)

Introducción al *Manual del Afiliado*

Este manual le informa sobre su cobertura durante el tiempo que esté inscrito en Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios de atención de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos que requieren receta médica, y los servicios y apoyo a largo plazo. Los servicios y apoyo a largo plazo incluyen exenciones de atención a largo plazo y servicios comunitarios y en el hogar (HCBS, por sus siglas en inglés). Estas exenciones pueden ofrecer servicios que lo ayudarán a permanecer dentro de su hogar y comunidad. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

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

Meridian Health Plan of Illinois, Inc. ofrece Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP). Cuando este *Manual del Afiliado* indica “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Meridian Health Plan of Illinois, Inc. Cuando indica “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene servicios de asistencia de idiomas sin cargo disponibles para usted. Llame al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-580-1689 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los representantes están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los días feriados estatales o nacionales, es posible que se le solicite que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratis.

IL4CNCEOC35821S_0001

H6080_001

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Puede obtener este documento en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame al 1-855-580-1689 (TTY: 711), los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Para realizar una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o realizar una solicitud única de materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Meridian al 1-855-580-1689 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Registraremos su elección. El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Índice

Capítulo 1: Comenzar como afiliado	5
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	16
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios de atención de salud y otros servicios cubiertos	33
Capítulo 4: Tabla de Beneficios	54
Capítulo 5: Cómo obtener los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.....	110
Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos recetados de Medicare y Medicaid.....	131
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos	138
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	144
Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)	165
Capítulo 10: Cómo cancelar su afiliación a nuestro Medicare-Medicaid Plan	219
Capítulo 11: Avisos legales.....	227
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	233

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Descargo de responsabilidad

- ❖ Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare e Illinois Medicaid para brindarles beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los afiliados de Meridian, a excepción de las situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Servicios al Afiliado o consulte el Manual del Afiliado para obtener más información, incluido la distribución de costos que corresponde a los servicios fuera de la red.
- ❖ La cobertura con Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Capítulo 1: Comenzar como afiliado

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Meridian, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Medicaid, y su afiliación al plan. También le explica qué debe esperar y qué información adicional le enviará Meridian. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Índice

A. Bienvenido a Meridian.....	7
B. Información sobre Medicare y Medicaid.....	7
B1. Medicare	7
B2. Medicaid	7
C. Ventajas de este plan.....	8
D. Área de servicios de Meridian	9
E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan	9
F. Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez	10
G. Su plan de atención.....	10
H. Prima mensual del plan Meridian	11
I. <i>Manual del Afiliado</i>	11
J. Otra información adicional que le enviaremos	11
J1. Su tarjeta de identificación de afiliado a Meridian	11
J2. <i>Directorio de Farmacias y Proveedores</i>	12
J3. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	13
J4. <i>Explicación de Beneficios</i>	14
K. Cómo mantener actualizado su perfil de persona inscrita	14
K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)	15

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



A. Bienvenido a Meridian

Meridian es un Medicare-Medicaid Plan. un Medicare-Medicaid Plan es una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarlo a coordinar servicios y proveedores. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

El estado de Illinois y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) aprobaron Meridian para brindarle servicios como parte del programa Iniciativa de Alineación Medicare-Medicaid.

El programa Iniciativa de Alineación Medicare-Medicaid es un programa de demostración gestionado conjuntamente por Illinois y el Gobierno federal para ofrecer una mejor atención de salud a las personas que cuentan con Medicare y Medicaid. Con esta iniciativa, el estado y el gobierno federal quieren probar nuevas formas de mejorar la manera en la que usted recibe los servicios de atención de salud de Medicare y Medicaid.

B. Información sobre Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para quienes reúnen los siguientes requisitos:

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

B2. Medicaid

Medicaid es un programa gestionado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo, y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide lo siguiente:

- qué cuenta como ingresos y recursos;
- quién reúne los requisitos;
- qué servicios están cubiertos; **y**
- cuál es el costo de los servicios.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



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

Medicare e Illinois deben aprobar el plan Meridian todos los años. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- decidimos ofrecerle el plan; **y**
- Medicare y el estado de Illinois aprueban el plan.

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

C. Ventajas de este plan

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

Meridian lo ayudará a aprovechar al máximo sus beneficios de Medicare y Medicaid. Las siguientes son algunas ventajas:

- Podrá usar un **único** plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro de salud.
- Tendrá un equipo de atención que usted ayudó a armar. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud que están para ayudarlo a recibir la atención que usted necesita.
- Tendrá acceso a un coordinador de atención. Es la persona que trabaja con usted, con Meridian y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- Podrá controlar su propia atención con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- El equipo de atención y el coordinador de atención trabajarán con usted para establecer un plan de atención específicamente diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención estará a cargo de la coordinación de los servicios que usted necesita. Los siguientes son algunos ejemplos de lo que este equipo puede hacer:
 - Se asegurará de que los médicos estén al tanto de todos los medicamentos que toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario ocasionado por estos medicamentos.
 - Se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con sus médicos y otros proveedores.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



D. Área de servicios de Meridian

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

Solo las personas que vivan en nuestra área de servicios se pueden inscribir en Meridian.

Si se muda fuera del área de servicios, ya no podrá permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección I, página 162 para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicios.

E. Qué requisitos debe cumplir para afiliarse al plan

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

- usted vive en nuestra área de servicios (las personas encarceladas no se consideran personas que viven en el área geográfica de servicios, incluso si están ubicadas físicamente en ella) **y**
- tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B; **y**
- reúne los requisitos para Medicaid; **y**
- es ciudadano de los Estados Unidos o tiene residencia legal en los Estados Unidos; **y**
- tiene 21 años o más en el momento de la inscripción; **y**
- está inscrito en la ayuda de Medicaid para la categoría de asistencia a personas mayores, ciegas y discapacitadas; **y**
- Cumple con todos los demás criterios de demostración y se encuentra comprendido en una de las siguientes exenciones de Medicaid 1915(c):

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- personas que pertenecen a la tercera edad;
- personas con discapacidades;
- personas con VIH/sida;
- personas con una lesión cerebral; ○
- personas que viven en centros de apoyo residencial.
- no tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con excepciones limitadas; por ejemplo, si se presenta la ESRD cuando ya está afiliado a un plan que ofrecemos o si estaba afiliado a un plan diferente que haya terminado.

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

Cuando se inscribe en el plan por primera vez, usted recibirá una evaluación de riesgo de salud dentro de los primeros 90 días. Recibirá una llamada de nuestro Departamento de Administración de la Atención para realizar la evaluación de riesgos de salud. Su coordinador de atención asignado completará un plan de atención personalizado con usted.

Si esta es su primera vez en un Medicare-Medicaid Plan, puede seguir acudiendo a sus médicos actuales durante 180 días más. **Si su plan anterior a Meridian era otro Medicare-Medicaid Plan**, puede seguir viendo a sus médicos actuales durante 90 días más. Cuando complete el Examen y la Evaluación de Riesgos de Salud, se le solicitarán los nombres y la información de contacto de sus médicos. Los coordinadores de atención podrán comprobar si sus médicos se encuentran o no dentro del alcance de nuestro plan médico.

Después de 90 o 180 días, según su período de continuidad de la atención, deberá atenderse con médicos y otros proveedores de la red de Meridian. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección D, página 37, para obtener más información sobre cómo obtener atención.

G. Su plan de atención

Su plan de atención es el plan sobre qué servicios médicos, de salud del comportamiento, de apoyo a largo plazo, y sociales y funcionales recibirá y cómo los recibirá.

Luego de la evaluación de riesgo de salud, el equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre qué servicios necesita y prefiere. Juntos, usted y el equipo de atención crearán el plan de atención.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Todos los años, el equipo de atención colaborará con usted para actualizar el plan de atención en caso de que cambien los servicios que necesita y prefiere.

Si recibe servicios del programa de exención para servicios comunitarios y en el hogar, también tendrá un plan de servicios. En el plan de servicios se detallan los servicios que obtendrá y la frecuencia. Este plan de servicios formará parte del plan de atención general.

H. Prima mensual del plan Meridian

El plan Meridian no tiene una prima mensual.

I. *Manual del Afiliado*

Este *Manual del Afiliado* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas establecidas en este documento. Si cree que hemos procedido de alguna manera que no cumpla con estas reglas, puede presentar una apelación o cuestionar nuestro proceder. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 170 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para pedir un *Manual del Afiliado*, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede ver el *Manual del Afiliado* en mmp.ILmeridian.com o bien descargarlo desde este sitio web.

El contrato permanece en vigor durante los meses en que usted está inscrito en Meridian, entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

J. Otra información adicional que le enviaremos

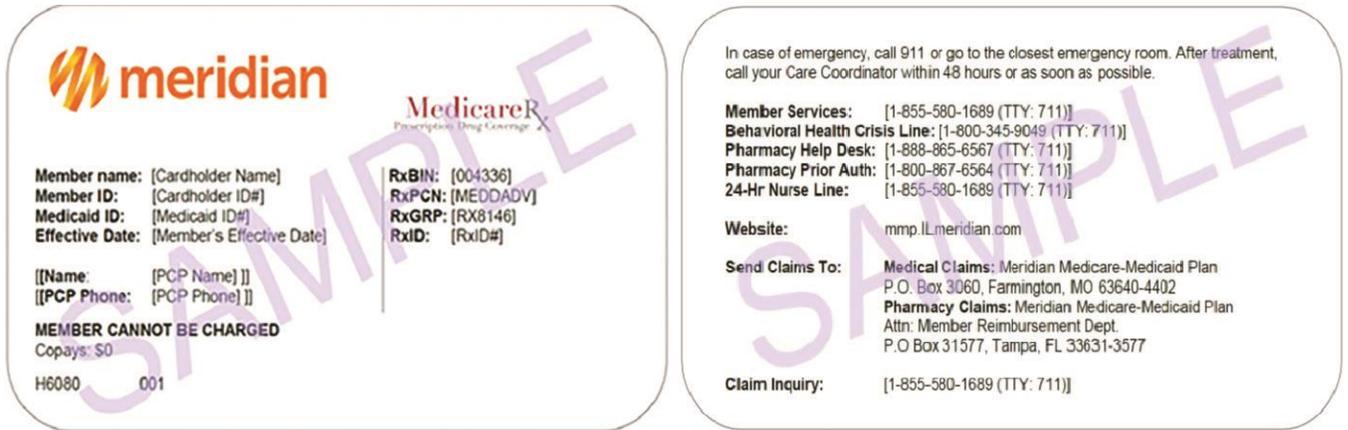
Usted ya debería haber recibido una tarjeta de identificación (ID, por sus siglas en inglés) de afiliado de Meridian, un *Directorio de Farmacias y Proveedores* y una *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

J1. Su Tarjeta de Identificación de Afiliado a Meridian

Con nuestro plan, tendrá una tarjeta para los servicios de Medicare y Medicaid, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo y las recetas médicas. Debe mostrar esta tarjeta para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. Esta es una muestra de la tarjeta para que vea cómo será la que recibirá:

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.





Si su tarjeta se daña o se pierde, o si se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios al Afiliado y le enviaremos una nueva.

Mientras esté afiliado a nuestro plan, no tendrá que utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la tarjeta de Medicaid para obtener los servicios. Conserve esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de ID de afiliado a Meridian, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a nuestro plan, y usted puede recibir una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de Farmacias y Proveedores

En el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, se detallan todos los proveedores y las farmacias de la red de Meridian. Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se une a nuestro plan por primera vez (consulte la página 10).

Para pedir un *Directorio de Farmacias y Proveedores* (electrónico o impreso) comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. Los Directorios de Farmacias y Proveedores impresos se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles luego de la solicitud. También puede consultar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en mmp.il.meridian.com o descargarlo desde este sitio web.

En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* figuran los números de teléfono, las direcciones, el horario de atención y la información adicional de todos nuestros proveedores y farmacias de la red.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.il.meridian.com.



Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de Meridian incluyen los siguientes:
 - médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como afiliado a nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrecen servicios de salud de nuestro plan; **y**
 - agencias de cuidado de la salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros que ofrecen artículos y servicios que se obtienen a través de Medicare o Medicaid; **y**
 - servicios y apoyos a largo plazo, incluido el servicio de día para adultos, servicios de vida asistida y habitación durante el día, comidas a domicilio, asistente de salud a domicilio, modificaciones en el hogar, servicios domésticos, servicios de enfermería, asistente personal, sistema personal de respuesta ante emergencias, atención de relevo, equipo médico duradero especializado, suministros y terapias.

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

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas médicas para los afiliados a nuestro plan. Use el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para buscar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto que se trate de una emergencia, usted debe surtir sus recetas médicas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlas.

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Si quiere obtener más información, lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. También puede consultar el *Directorio de Farmacias y Proveedores* en mmp.ILmeridian.com o descargarlo desde este sitio web. El Departamento de Servicios al Afiliado y el sitio web de Meridian pueden darle la información más actualizada sobre los cambios relacionados con los proveedores y las farmacias de la red.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos Lista de Medicamentos para abreviar. En esta, se indican qué medicamentos recetados están cubiertos por Meridian.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



También se informa si existe alguna regla o restricción para algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, página 121 para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Todos los años, le enviaremos información sobre cómo acceder a una copia de la Lista de Medicamentos, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, visite mmp.ILmeridian.com o llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

J4. Explicación de Beneficios

Cuando use los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarlo a comprender y llevar un registro de los pagos por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés).

En la EOB se informa el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. Además, incluye más información sobre los medicamentos que usted toma. En el Capítulo 6, Sección A, página 133 se brinda más información sobre la EOB y cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de la cobertura de sus medicamentos.

También se encuentra disponible una EOB si lo solicita. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

K. Cómo mantener actualizado su perfil de persona inscrita

Puede mantener su perfil de persona inscrita actualizado informándonos sobre los cambios en sus datos.

Las farmacias y los proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta, **ya que utilizan su perfil de persona inscrita para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o su pareja de hecho, o de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales;
- cualquier reclamo de responsabilidad, por ejemplo, reclamos por un accidente automovilístico;
- la admisión en un hospital o una residencia de ancianos;
- la atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red;
- cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted);
- si forma parte o empieza a formar parte de un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cambia algún dato, infórmenos llamando al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información que aparece en su perfil de persona inscrita puede incluir información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés). Las leyes nos exigen que conservemos la privacidad de sus historias clínicas y su PHI. Nos aseguramos de proteger su información médica.

Meridian está trabajando con el estado de Illinois para detener nuevos casos de VIH. El Departamento de Salud pública de Illinois está compartiendo los datos del VIH que tienen con IL Medicaid y las Organizaciones de Atención Administrada de IL Medicaid para tener una mejor atención para las personas que viven con el VIH. El nombre, la fecha de nacimiento, el SSN, la condición de VIH y otra información se comparten de forma segura para todos los afiliados de Medicaid.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8 Sección C1, página 149.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

En este capítulo, se proporciona la información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a responder las preguntas que tenga sobre Meridian y sus beneficios de atención de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas que puedan actuar como defensores en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Meridian	18
A1. Cuándo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado	18
B. Cómo comunicarse con el coordinador de atención	22
B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de atención.....	22
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras	24
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras.....	24
D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento	25
D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento	25
E. Cómo comunicarse con el Programa de Seguros de Salud para Adultos Mayores (SHIP).....	26
E1. Cuándo comunicarse con el SHIP	26
F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	27
F1. Cuándo comunicarse con el Programa BFCC-QIO de Livanta.....	27
G. Cómo comunicarse con Medicare.....	28
H. Cómo comunicarse con Medicaid	29

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



I. Cómo comunicarse con la Línea Directa de Beneficios de Salud de Illinois..... 30

J. Cómo comunicarse con el Programa Defensor de la Atención a Domicilio de Illinois 31

K. Otros recursos..... 32

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



A. Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado de Meridian

LLAME AL	<p>1-855-580-1689. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
POR FAX	1-833-376-0586
POR CORREO	<p>Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)</p> <p>1333 Burr Ridge Parkway, Suite 100</p> <p>Burr Ridge, IL 60527</p>
SITIO WEB	mmp.ILmeridian.com

A1. Cuándo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado

- Cuando tenga preguntas sobre el plan.
- Cuando tenga preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de ID (por sus siglas en inglés) de afiliados.
- Cuando desee hablar sobre las decisiones de cobertura sobre la atención de salud.
 - Una decisión de cobertura sobre la atención de salud es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos; ○
 - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con la atención de salud.
- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 170.
- Apelaciones sobre la atención de salud.
 - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura, y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 170.
- Reclamos sobre la atención de salud.
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor, incluso sobre un proveedor de la red o fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar un reclamo ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en relación con la calidad de la atención que recibió (consulte la Sección F a continuación, página 27).
 - Si su reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con la atención de salud, usted puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior, página 19).
 - Puede enviar un reclamo sobre Meridian directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo hacer un reclamo relacionado con la atención de salud, consulte el Capítulo 9, Sección J, página 212.
- Decisiones de cobertura sobre los medicamentos.
 - Una decisión de cobertura sobre medicamentos es una decisión relacionada con lo siguiente:
 - los beneficios y medicamentos cubiertos; ○
 - El monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D, los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre de Medicaid.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F4, página 192.
- Apelaciones sobre los medicamentos.
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

Para iniciar su apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante, deben comunicarse con nosotros.

Apelaciones de medicamentos de la Parte D

Puede llamarnos al 1-855-580-1689 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Las apelaciones de medicamentos de la parte D también se pueden enviar por escrito a la siguiente dirección:

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)
 Medicare Part D Appeals
 P.O. Box 31383
 Tampa, FL 33631-3383

También puede enviarnos un fax al: 1-866-388-1766

Apelaciones de medicamentos de la Parte B

Puede llamarnos al 1-855-580-1689 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Las apelaciones de medicamentos de la Parte B también se pueden enviar por escrito a la siguiente dirección:

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)
 Appeals & Grievances, Medicare Operations
 7700 Forsyth Blvd
 St. Louis, MO 63105

También puede enviarnos un fax al: 1-844-273-2671.

- Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F5, página 195.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



- Reclamos sobre los medicamentos.
 - Puede presentar un reclamo sobre nosotros o una farmacia, incluidos los reclamos sobre medicamentos que requieren receta médica.
 - Si el reclamo es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos que requieren receta médica, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior, página 20).
 - Puede enviar un reclamo sobre Meridian directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea, en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Si quiere obtener más información acerca de cómo hacer un reclamo relacionado con los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección J, página 213.
- Pago por atención de salud o medicamentos que ya pagó.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o pagar una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139.
 - Si nos solicita el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección F4, página 192.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



B. Cómo comunicarse con el coordinador de atención

LLAME AL	<p>1-855-580-1689. Esta llamada es gratuita.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
POR CORREO	<p>Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)</p> <p>1333 Burr Ridge Parkway, Suite 100</p> <p>Burr Ridge, IL 60527</p>
SITIO WEB	<p>mmp.ILmeridian.com</p>

B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de atención

- Preguntas sobre la atención de salud.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte, y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés).
- Si su proveedor o el coordinador de atención consideran que usted es elegible para recibir atención a largo plazo o servicios y apoyos adicionales para que pueda permanecer en su hogar, lo remitirán a una agencia que decidirá si usted es elegible para acceder a estos servicios.

A veces, puede obtener ayuda con sus necesidades diarias de atención de salud y de la vida. Puede obtener los servicios que presentamos a continuación:

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



- cuidado en un centro de enfermería especializada;
- asistente personal;
- servicios domésticos;
- cuidado diurno para adultos;
- sistema de respuesta ante emergencias en el hogar;
- fisioterapia;
- terapia ocupacional;
- del habla
- cuidado de la salud en el hogar;
- habilitación (diaria);
- comidas a domicilio;
- asistencia para el cuidado de la salud a domicilio;
- modificaciones en el hogar;
- servicios de enfermería;
- atención de relevo;
- equipos médicos y suministros especializados y duraderos.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras

La Línea de Consultas con Enfermeras es una línea de asesoramiento gratuito, que se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Si llama, puede obtener orientación y apoyo médicos de un enfermero. Si tiene una emergencia médica, llame al 911.

LLAME AL	<p>1-855-580-1689. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras

- Preguntas sobre la atención de salud.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento

LLAME AL	<p>1-800-345-9049. La llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-866-794-0374. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p>

D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento

La línea CARES (Servicio de Entrada de Crisis y Remisión, por sus siglas en inglés) ofrece asistencia, orientación y opciones de asesoramiento. Debe comunicarse con la línea CARES si necesita ayuda para programar citas de emergencia de salud del comportamiento, si tiene pensamientos suicidas o tiene síntomas de enfermedades de salud mental. Nuestro personal de la línea CARES puede ayudarlo a obtener los servicios que necesita.

- Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento.
- Preguntas sobre los servicios para el trastorno por consumo de sustancias.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



E. Cómo comunicarse con el Programa de Seguros de Salud para Adultos Mayores (SHIP)

El Programa de Seguros de Salud para la Tercera Edad (SHIP, por sus siglas en inglés) brinda orientación gratuita sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. El SHIP no está relacionado con ninguna empresa aseguradora o plan de salud.

LLAME AL	1-800-252-8966. De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita.
TTY	1-888-206-1327. De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita.
POR CORREO	Senior Health Insurance Program Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
POR CORREO ELECTRÓNICO	AGING.SHIP@illinois.gov
SITIO WEB	www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx

E1. Cuándo comunicarse con el SHIP

- Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare.
 - Los asesores del SHIP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo con las siguientes necesidades:
 - comprender sus derechos;
 - comprender sus opciones de planes;
 - responder sus preguntas sobre cambiarse a un nuevo plan;
 - presentar reclamos sobre su atención de salud o tratamiento; **y**
 - solucionar problemas con sus facturas.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización denominada Programa de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO, por sus siglas en inglés) de Livanta. Está compuesta por un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. BFCC-QIO de Livanta no está relacionado con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-524-9900
TTY	1-888-985-8775 Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
POR CORREO	Livanta 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
POR CORREO ELECTRÓNICO	communications@livanta.com
SITIO WEB	livantaqio.com/en

F1. Cuándo comunicarse con el Programa BFCC-QIO de Livanta

- Preguntas sobre la atención de salud.
 - Puede presentar un reclamo sobre la atención que ha recibido en los siguientes casos:
 - tiene un problema con la calidad de la atención;
 - considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto; ●
 - considera que su cuidado de la salud en el hogar, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



G. Cómo comunicarse con Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS, por sus siglas en inglés.

LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. Aquí también se incluye información sobre hospitales, casas de reposo, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y centros para enfermos terminales.</p> <p>Se incluyen sitios web, números de teléfono útiles y folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, la biblioteca local o el centro de mayores pueden prestarle una computadora para ayudarlo a visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare, al número antes mencionado, y comentarles qué está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



H. Cómo comunicarse con Medicaid

Medicaid ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo, además de costos médicos.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid, llame a la Línea de Ayuda al Cliente del Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

LLAME AL	1-800-843-6154, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
TTY	1-866-324-5553. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.
POR CORREO ELECTRÓNICO	DHS.WebBits@illinois.gov
SITIO WEB	www.dhs.state.il.us

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



I. Cómo comunicarse con la Línea Directa de Beneficios de Salud de Illinois

La Línea Directa de Beneficios de Salud del Departamento de Atención de Salud y Servicios Familiares de Illinois proporciona información general sobre los beneficios de Medicaid.

LLAME AL	1-800-226-0768. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita.
TTY	1-877-204-1012. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita.
SITIO WEB	<u>www.hfs.illinois.gov</u> Este es el sitio web oficial de Medicaid. Le brinda información actualizada sobre Medicaid.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



J. Cómo comunicarse con el Programa Defensor de la Atención a Domicilio de Illinois

El Programa de Defensoría de Cuidado de la Salud en el Hogar de Illinois es un programa de defensoría que funciona como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarlo a comprender qué hacer. También pueden ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan. El Programa de Defensoría de Cuidado de la Salud en el Hogar de Illinois no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-252-8966. De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita.
TTY	1-888-206-1327. De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita.
POR CORREO	Home Care Ombudsman Program Illinois Department on Aging One Natural Resources Way, Suite 100 Springfield, IL 62702-1271
POR CORREO ELECTRÓNICO	Aging.HCOProgram@illinois.gov
SITIO WEB	www.illinois.gov/aging/programs/LTCOmbudsman/Pages/The-Home-Care-Ombudsman-Program.aspx

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



K. Otros recursos

Comuníquese con el Illinois Department on Aging

Comuníquese con la Línea de Ayuda para la Tercera Edad al número gratuito o por correo electrónico para informarse sobre los programas y servicios del Departamento para personas mayores y personas con discapacidad. En la mayoría de los casos, cuando busque asistencia con programas específicos, se lo remitirá a una oficina local en el área donde vive.

LLAME AL	1-800-252-8966 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita.
TTY	1-888-206-1327. De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada es gratuita.
POR CORREO ELECTRÓNICO	aging.ilsenior@illinois.gov

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com



Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios de atención de salud y otros servicios cubiertos

Introducción

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

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Índice

A. Información sobre servicios, servicios cubiertos, proveedores y proveedores de la red	36
B. Reglas para obtener atención de salud, atención de la salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan	36
C. Información sobre el coordinador de atención	38
C1. Qué es un coordinador de atención.....	38
C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención.....	38
C3. Cómo cambiar de coordinador de atención.....	38
D. Atención de proveedores de cuidado primario, especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red	38
D1. Atención de un proveedor de cuidado primario	38
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	41
D3. Qué debe hacer si un proveedor de la red abandona nuestro plan	42
D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.....	43
E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)	44
F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento	44
G. Cómo obtener atención dirigida por el paciente.....	44
G1. Qué es la atención dirigida por el paciente	44
G2. Quién puede obtener atención dirigida por el paciente	44
G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de atención personal	44
H. Cómo obtener servicios de transporte	45
I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre.....	45
I1. Atención si tiene una emergencia médica.....	45
I2. Cuidado urgentemente necesario	47
I3. Atención en caso de desastre	48
J. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan.....	48

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



J1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios.....	49
K. Cobertura de los servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	49
K1. Definición de estudio de investigación clínica.....	49
K2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica	50
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica.....	50
L. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud	51
L1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud.....	51
L2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud	51
M. Equipo médico duradero (DME).....	52
M1. DME para el afiliado a nuestro plan	52
M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	52
M3. Beneficios del equipo de oxígeno como afiliado de nuestro plan	53
M4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage	53

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



A. Información sobre servicios, servicios cubiertos, proveedores y proveedores de la red

Los servicios son la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, la salud del comportamiento, los medicamentos de venta libre y que requieren receta médica, los equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención médica cubierta y los servicios y apoyo a largo plazo cubiertos se enumeran en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4, Sección D, página 58.

Los proveedores son médicos, enfermeros, especialistas y otras personas que brindan servicios y atención. El término “proveedores” también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico, y servicios y apoyo a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como la totalidad del pago. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le proporcionan a usted. Cuando recurre a un proveedor de la red, en general no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener atención de salud, atención de la salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

Meridian cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. Esto incluye servicios médicos, atención de la salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo.

En general, Meridian paga por la atención de salud y los servicios que obtiene si sigue las reglas del plan. Para que el plan le ofrezca cobertura:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4, Sección D, página 58 de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. “Médicamente necesaria” significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una residencia de ancianos. También significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica o, de lo contrario, son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Illinois Medicaid. El término “médicamente necesario” se refiere a todos los servicios cubiertos que están dentro

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



de lo razonable y que son necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad grave o una discapacidad, o para aliviar un dolor intenso mediante el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.

- Usted debe contar con un **proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)** de la red que haya indicado la atención o que le haya indicado consultar a otro médico. Como afiliado al plan, usted debe seleccionar a un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama **remisión**. Si no obtiene la aprobación, es posible que Meridian no cubra los servicios. No necesita una remisión para acudir a determinados especialistas, como un especialista en salud de la mujer. Si quiere obtener más información sobre las remisiones, consulte la página 39.
 - Usted no necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o cuidado urgentemente necesario, ni para acudir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP. Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte la página 39.
 - Si quiere obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la página 40.
 - **NOTA:** Si esta es su primera vez en un Medicare-Medicaid Plan, puede seguir consultando a sus proveedores actuales durante los primeros 180 días en nuestro plan, sin costo, si estos no forman parte de nuestra red. Si su plan anterior a Meridian era otro Medicare-Medicaid Plan, puede seguir consultando a sus proveedores actuales durante los primeros 90 días en nuestro plan, sin costo, si estos no forman parte de nuestra red. Durante el período de transición, el coordinador de atención se pondrá en contacto con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Después de ese tiempo, ya no cubriremos su atención si continúa consultando a proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir atención de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no pagará la atención de un proveedor que no trabaje para el plan de salud. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - El plan cubre la atención de emergencia o el cuidado urgentemente necesario de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué significa atención de emergencia o cuidado urgentemente necesario, consulte la Sección I, página 45.
 - Si necesita atención cubierta por el plan y los proveedores de la red no pueden brindarla, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos la atención sin cargo para usted. Por lo general, si necesita atención de un proveedor fuera de la red, deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) del plan. Si quiere

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



información acerca de cómo obtener la aprobación para ser atendido por un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 43.

- El plan cubre servicios de diálisis renal cuando usted está fuera del área de servicios del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no puede acceder a él durante un breve período. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se afilie al plan, puede seguir acudiendo a los proveedores actuales durante 90 o 180 días, según su período de continuidad de la atención. Después de este período, deberá ver a los médicos y otros proveedores de la red de Meridian.

C. Información sobre el coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

El objetivo de su coordinador de atención es ayudarlo a abordar los objetivos de su salud mientras coordina sus servicios para ayudarlo a tener una mejor calidad de vida. Esta persona ayuda a administrar su atención mediante la coordinación con todos sus proveedores para garantizar que reciba los servicios y la atención que necesita. El coordinador de atención será su principal punto de contacto en Meridian.

C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención

Puede comunicarse con su coordinador de atención en cualquier momento llamando al 1-855-580-1689 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

C3. Cómo cambiar de coordinador de atención

Puede cambiar de coordinador de atención en cualquier momento llamando al 1-855-580-1689 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

D. Atención de proveedores de cuidado primario, especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red

D1. Atención de un proveedor de cuidado primario

Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) para que proporcione y coordine su atención.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Qué es un “PCP” y qué hace por usted

- Su PCP puede ser un médico, un enfermero profesional o un asistente médico que cumpla los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle una atención médica integral.

Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP

- Los profesionales de la salud pueden prestar servicios como PCP en nuestro plan cuando ejercen y están autorizados en las áreas de medicina familiar, medicina general, geriatría, medicina interna y obstetricia/ginecología.
- Si consulta a un profesional de la salud en un centro de salud habilitado federalmente (FQHC, por sus siglas en inglés) para recibir servicios de atención primaria, puede seguir haciéndolo.
- Los especialistas que realizan funciones de atención primaria, incluidos los especialistas que proporcionan atención primaria en el FQHC, clínicas de salud rurales, departamentos de salud y otras clínicas comunitarias similares, pueden ser su PCP.

Cuál es la función de un PCP

- Su PCP le brindará atención básica o de rutina.

Cuál es la función de un PCP en la coordinación de los servicios cubiertos

- La “coordinación” de sus servicios incluye la comprobación o consulta con otros proveedores de la red y con su plan sobre su atención y su evolución.
- Su PCP lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como afiliado a nuestro plan. Estos servicios pueden incluir los siguientes:
 - Rayos X
 - Pruebas de laboratorio
 - Terapias
 - Consultas en el consultorio del especialista
 - Admisiones en un hospital
 - Atención de seguimiento
- Para poder consultar a un especialista, por lo general, primero tiene que obtener la aprobación de su PCP (a esto se lo denomina recibir una “remisión”). Debido a que su PCP proporcionará y coordinará la atención médica, usted debe solicitar que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones sobre la autorización previa u obtención de esta

Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP deberá solicitarnos una autorización previa (aprobación previa).

Su elección del PCP

Su relación con su proveedor de cuidado primario (PCP) es importante. Le recomendamos que elija un PCP que esté cerca de su hogar. Tener a su PCP cerca hace que recibir atención médica y establecer una relación abierta y de confianza sea más fácil. Si desea obtener una copia actualizada del *Directorio de Farmacias y Proveedores*, o asistencia adicional para elegir un PCP, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Una vez que haya elegido a su PCP, le recomendamos que transfiera toda su historia clínica a su consultorio. Esto le proporcionará a su PCP acceso a sus antecedentes médicos y le informará cualquier afección de atención médica que pueda tener.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento durante el año. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si el PCP que tiene ahora abandona la red de nuestro plan, podemos ayudarlo a encontrar uno nuevo.

Si cambia de PCP el día 10 del mes o antes, podrá comenzar a visitar a su nuevo PCP de inmediato. Si cambia de PCP después del día 10 del mes, puede comenzar a ver a su nuevo PCP el día 1 del mes siguiente.

Si su PCP abandona la red, recibirá una notificación por correo, como mínimo, 30 días antes de que se realice el cambio. Si el PCP que tiene ahora abandona la red de nuestro plan, podemos ayudarlo a encontrar uno nuevo.

Servicios que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP

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

- Servicios de emergencia de proveedores dentro o fuera de la red.
- Cuidado urgentemente necesario de proveedores dentro de la red.
- Cuidado urgentemente necesario de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerlo de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan o cuando necesita atención inmediata durante el fin de semana).

NOTA: Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan. (Llame al Departamento de Servicios al Afiliado antes de dejar el área de servicios. Podemos ayudarlo con sus servicios de diálisis mientras se encuentra fuera del área de servicios).
- Vacunas contra la gripe y contra la COVID-19, así como las vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Atención de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esta atención incluye exámenes de senos, mamografías de detección (rayos X de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si reúne los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígena, puede acudir a estos proveedores sin una remisión.
- También tiene derecho a acudir a un ginecólogo, dermatólogo, audiólogo (para pruebas auditivas de rutina), optometrista (para pruebas de la vista de rutina) y dentista (para los servicios dentales preventivos) sin una remisión.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay varias clases de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos tratan a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

En algunos casos, debe obtener una remisión de su PCP antes de ver a un especialista de la red (hay algunas excepciones, que se describen en la sección D1 de este capítulo). Con una remisión de su PCP, puede consultar a cualquier proveedor de la red y no se limitan a un especialista u hospital específicos a los que remite ese PCP. Si no obtuvo una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios de su especialista de la red, es posible que tenga que pagar estos servicios de su bolsillo. Si necesita atención de seguimiento de un especialista dentro de la red, deberá coordinar con su PCP para obtener una remisión (o remisiones) con el fin de realizar consultas adicionales.

La autorización previa (aprobación previa) es un proceso en el que el PCP, el especialista, otro proveedor o usted (el afiliado) debe obtener la aprobación para un procedimiento, servicio, medicamento o equipo médico del plan de salud antes de que se realice o reciba. Siempre debe analizar los procedimientos o servicios que considere que puede necesitar con su PCP o especialista. Por lo general, su PCP o especialista obtendrá la autorización previa por usted. Nuestro equipo tomará una decisión sobre su solicitud de autorización previa y se la comunicará a usted y a su proveedor. Si desea solicitar una autorización previa o una remisión, o si tiene alguna

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



pregunta, comuníquese con su coordinador de atención o con el Departamento de Servicios al Afiliado a los números que figuran en la contraportada de este manual para obtener más información. Para obtener más información sobre los servicios en los que se necesita autorización previa o remisión, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 58.

D3. Qué debe hacer si un proveedor de la red abandona nuestro plan

Un proveedor de la red que usted consulta puede abandonar el plan.

- Si un proveedor de la red al que acude abandona nuestro plan, le avisaremos con 30 días de antelación cuando sea posible. Si no selecciona un nuevo proveedor de cuidado primario, se seleccionará uno por usted. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario en cualquier momento. Si su proveedor abandona la red, recibirá una notificación por correo, como mínimo, 30 días antes de que se realice el cambio. También recibirá una tarjeta de identificación (ID) actualizada con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.
- Si su proveedor abandona la red del plan, le brindaremos un período de transición de 90 días a partir de la fecha del aviso si usted se encuentra actualmente en tratamiento o está en su tercer trimestre de embarazo, incluida la atención posparto.

Si uno de sus proveedores abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que la red de proveedores cambie durante el año, nosotros debemos brindarle un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento abandona nuestro plan, le notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si otro de sus proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si usted fue asignado a ese proveedor, si actualmente recibe su atención o si ha acudido a ese proveedor dentro de los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de la red que esté calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si actualmente está llevando a cabo una terapia o tratamiento médico con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad de las terapias o tratamientos médicamente necesarios.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red a su alcance, debemos coordinar que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si cree que no se reemplazó su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección D, página 170 para obtener información sobre la presentación de una apelación.

Si se entera de que uno de sus proveedores está por dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a coordinar su atención. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Nuestros proveedores de la red brindan la mayoría de los servicios. Si necesita un servicio que no se puede proporcionar dentro de nuestra red, por ejemplo, si necesita servicios especializados que no realiza un proveedor de la red, pagaremos el costo de un proveedor fuera de la red si el plan ha aprobado previamente el servicio. Si acude a proveedores que no están en nuestra red sin nuestra autorización previa (aprobación previa), es posible que tenga que pagar la factura. Si necesita servicios de un proveedor fuera de la red, usted o el proveedor fuera de la red deben comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado al número de teléfono que aparece en la parte posterior de este manual antes de recibir los servicios. Lo ayudaremos a usted o al proveedor a recibir la información necesaria para obtener la autorización previa.

Si consulta a un proveedor fuera de la red, este deberá ser elegible para participar en Medicare o Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumple con los requisitos para participar en Medicare o Medicaid.
- Si acude a un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no cumplen con los requisitos para participar en Medicare.
- Un proveedor debe estar inscrito como proveedor de Medicaid de Illinois para recibir el pago de cualquier servicio de Medicaid que le proporcione.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Meridian puede ayudarlo a determinar si puede calificar para recibir servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y a solicitar los servicios financiados por LTSS a través de las exenciones estatales de Medicaid. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al número de teléfono que aparece en la contraportada de este manual si tiene alguna pregunta o inquietud, o si desea hablar sobre los servicios LTSS.

F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento

Los servicios de salud del comportamiento respaldan las necesidades de tratamiento de salud mental y consumo de sustancias que pueda tener. Esto puede incluir atención emocional, social, educativa y de recuperación, así como atención psiquiátrica o médica más común. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

G. Cómo obtener atención dirigida por el paciente

G1. Qué es la atención dirigida por el paciente

Según su elegibilidad para la exención de LTSS, es posible que pueda seleccionar un servicio de Asistente Personal (PA, por sus siglas en inglés). La atención médica dirigida por el paciente le permite elegir quién le brindará servicios de cuidado personal. Si reúne los requisitos, su coordinador de atención puede ayudarlo a inscribirse en la atención médica dirigida por el paciente.

G2. Quién puede obtener atención dirigida por el paciente

Según su elegibilidad para la exención de LTSS, es posible que pueda seleccionar un servicio de Asistente Personal (PA, por sus siglas en inglés). La atención médica dirigida por el paciente le permite elegir quién le brindará servicios de cuidado personal. Si reúne los requisitos, su coordinador de atención puede ayudarlo a inscribirse en la atención médica dirigida por el paciente.

G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de atención personal

Si emplea un PA, es su responsabilidad garantizar lo siguiente:

- Debe completar y enviar toda la documentación necesaria a la oficina local de la División de Servicios de Rehabilitación (DRS, por sus siglas en inglés) antes del inicio del empleo del PA. Esto incluye la información de los paquetes de afiliado y del PA.
- Debe seleccionar un PA que tenga la capacidad física para realizar las tareas bajo su dirección, y este no debe tener una afección médica que se agrave por los requisitos del trabajo.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Debe proporcionar una copia y revisar su Plan de Nivel de Servicio con su PA para que comprenda sus necesidades y horas aprobadas.
- Revisará la Hoja de Tiempo con su PA para verificar la exactitud de toda la información antes de presentarla y solo aprobará las horas que efectivamente trabajó el PA para que se paguen.
- Las Hojas de Horas no se prefirarán ni se presentarán antes del último día trabajado en un período de facturación.
- Complete el formulario del Último Día de Empleo del PA (en su paquete de Asistente Personal) y envíelo a la oficina de DRS cuando finalice el empleo de cualquier PA.
- Notifique a la oficina de DRS dentro de las 24 horas de cualquier incidente que provoque lesiones al PA en el trabajo.

Rellene el formulario de Informe de lesiones a un proveedor (en su paquete) y envíelo por correo o por fax a la oficina del DRS dentro de las 24 horas siguientes a su informe.

H. Cómo obtener servicios de transporte

Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al número de teléfono que se encuentra en la parte posterior de este manual si necesita ayuda para programar su transporte o si tiene alguna pregunta sobre los servicios de transporte.

I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre

I1. Atención si tiene una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas, como dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:

- un riesgo grave para la salud de la mujer o del niño por nacer; ○
- un daño grave a las funciones del cuerpo; ○
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○
- en el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto.
- El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted *no* necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP. No es necesario que consulte a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.
- **Informe a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, en general, dentro de las 48 horas de recibida. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencia debido a una demora en informarnos. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al número de teléfono que se encuentra en la parte posterior de este manual.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan no cubre la atención médica de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 58.

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

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si obtiene atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red retomen su atención lo antes posible.

Qué debe hacer si tiene una emergencia relacionada con la salud del comportamiento

Si tiene una emergencia de salud del comportamiento, comuníquese con la línea CARES (Servicio de Entrada de Crisis y Remisión, por sus siglas en inglés) a los números que se indican a continuación. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2 Sección D, página 25. La Línea CARES es una línea de asesoramiento gratuito, que se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Podemos ayudarlo a programar citas de emergencia

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



de salud del comportamiento. Llámenos si tiene pensamientos suicidas o si presenta síntomas de una enfermedad de salud mental. Si tiene una emergencia médica, llame al 911.

LLAME AL	1-800-345-9049. La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Contamos con servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-866-794-0374. La llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Obtención de atención de emergencia cuando no era una emergencia

A veces, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica o de la salud del comportamiento. Puede ir al médico para recibir atención de emergencia, y el médico le dice que no se trata de una verdadera emergencia médica. Mientras usted piense, de forma razonable, que su salud estaba en grave peligro, cubriremos la atención.

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

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

I2. Cuidado urgentemente necesario

Definición de cuidado urgentemente necesario

El cuidado urgentemente necesario es la atención que se obtiene por una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga un brote de una afección existente o un dolor de garganta severo que se produce durante el fin de semana y que necesite tratamiento.

Cuidado urgentemente necesario cuando se encuentra en el área de servicios del plan

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

- obtiene esta atención de un proveedor de la red; **y**
- sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Sin embargo, si no es posible o razonable obtener la atención de un proveedor de la red, cubriremos el cuidado urgentemente necesario que obtiene de un proveedor fuera de la red.

Puede encontrar centros de atención de urgencia dentro de la red en nuestro *Directorio de Farmacias y Proveedores* y en línea en mmp.ILmeridian.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Cuidado urgentemente necesario cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicios del plan, tal vez no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, se cubrirá el cuidado urgentemente necesario que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre el cuidado urgentemente necesario u otro tipo de atención que se obtenga fuera de los Estados Unidos.

I3. Atención en caso de desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran a su área geográfica en estado de desastre o emergencia, usted tendrá derecho a recibir atención de Meridian, incluso en esa situación.

Si quiere información sobre cómo obtener atención necesaria en caso de desastre declarado, visite nuestro sitio web en mmp.ILmeridian.com.

Durante un desastre declarado, si no puede consultar a un proveedor de la red, le permitimos obtener atención de proveedores fuera de la red sin ningún costo para usted. Si no puede comprar en una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos que requieren receta médica en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 118 para obtener más información.

J. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan

Si un proveedor le envía una factura en vez de enviarla al plan, puede solicitarnos que paguemos la factura.

No debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda hacerle un reembolso.

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139 para saber qué debe hacer.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



J1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios

Meridian cubre todos los servicios con las siguientes características:

- son médicamente necesarios; **y**
- se detallan en la Tabla de Beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D, página 58); **y**
- se obtienen siguiendo las reglas del plan.

Si obtiene servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **usted debe pagar el costo total**.

Tiene derecho a preguntarnos si quiere saber si pagaremos cualquier servicio o atención médica. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

El Capítulo 9, Sección D, página 170 explica qué debe hacer si quiere que el plan cubra servicios o artículos médicos. También le explica cómo presentar una apelación de la decisión de cobertura del plan. Además, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un límite determinado. Si se pasa del límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para conocer esos límites y qué tan cerca se encuentra de alcanzarlos.

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

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado “*ensayo clínico*”) es la forma en la que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos y atención de salud. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente pide voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio en el que quiere participar y está interesado, una de las personas que trabaje en él se pondrá en contacto con usted. Esta persona le informará sobre el estudio y evaluará si usted reúne los requisitos para participar en él. Puede permanecer en el estudio mientras cumpla con los requisitos necesarios. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participe en el estudio, usted tendrá que estar inscrito en nuestro plan. De esta forma, continúa obteniendo la atención del plan que no está relacionada con el estudio.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio formen parte de la red de proveedores. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios por los cuales nuestro plan es responsable, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (NCD, por sus siglas en inglés) y en los ensayos de dispositivos en investigación (IDE, por sus siglas en inglés) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Lo animamos a que nos informe antes de comenzar la participación en un estudio de investigación clínica. Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de atención deben comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado para informarnos que participará en un ensayo clínico.

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

Si es voluntario en un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no pagará ninguno de los servicios cubiertos en el estudio, y Medicare pagará los servicios cubiertos en el estudio y los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted estará cubierto para la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- La habitación y el alojamiento para una hospitalización cubiertos por Medicare aunque usted no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forman parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

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

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la sección "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare y Estudios de Investigación Clínica), en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



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

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

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el hecho de obtener la atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos su atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud.

Este beneficio solo se aplica a los servicios para pacientes internados de Medicare Parte A (servicios de atención de salud no médicos).

L2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud

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

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

Para que esté cubierta por nuestro plan, la atención que usted obtiene de una institución religiosa no médica de atención de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que son proporcionados en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - Usted debe obtener aprobación de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su internación no estará cubierta.

La cobertura no tiene límite en cuanto a la atención hospitalaria para pacientes internados aprobada por el plan.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME para el afiliado a nuestro plan

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

Usted siempre será propietario de algunos artículos, como las prótesis.

En esta sección, analizamos el DME que debe alquilar. Como afiliado a Meridian, en general, usted no será propietario del equipo alquilado, independientemente de cuánto tiempo lo alquile.

En determinadas situaciones, vamos a transferirle la propiedad del DME. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

Aunque haya tenido el equipo médico duradero hasta 12 meses consecutivos mientras era afiliado de Medicare antes de haberse unido a nuestro plan, no será propietario del equipo.

M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de 13 meses de alquiler. En un Medicare Advantage Plan, el plan puede fijar la cantidad de meses durante los cuales las personas deben alquilar determinados DME antes de convertirse en propietarios de esos equipos.

NOTA: Puede encontrar las definiciones de los planes Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede obtener más información sobre estos planes en el manual *Medicare y Usted 2024*. Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

- no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo inscrito en nuestro plan; **y**
- Usted abandona nuestro plan y obtiene los beneficios de Medicare a través de Original Medicare en lugar de un plan de salud.

Si realizó pagos por el DME mientras estaba afiliado a Original Medicare, o a un Medicare Advantage Plan antes de haberse afiliado a nuestro plan, **esos pagos que realizó a Original Medicare o al Medicare Advantage Plan no cuentan como parte de los 13 pagos que necesita hacer después de abandonar nuestro plan.**

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

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



M3. Beneficios del equipo de oxígeno como afiliado de nuestro plan

Si usted califica para recibir un equipo de oxígeno cubierto por Medicare y está afiliado a nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- el alquiler del equipo de oxígeno;
- el suministro de oxígeno y el contenido de oxígeno;
- los tubos y los accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y el contenido de oxígeno;
- el mantenimiento y la reparación del equipo de oxígeno.

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

M4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, le alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados con anterioridad.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **después de alquilarlo por 36 meses**:

- su proveedor debe proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses;
- su proveedor debe proporcionarle el equipo de oxígeno y los suministros hasta 5 años si es médicamente necesario.

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

- su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de otro proveedor.
- comienza un nuevo período de 5 años.
- usted alquilará el equipo de un proveedor durante 36 meses;
- el proveedor debe entonces proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses;
- un nuevo ciclo comienza cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia al Medicare Advantage Plan**, el plan cubrirá lo que cubre Original Medicare como mínimo. Puede preguntar a su Medicare Advantage Plan qué equipo de oxígeno y suministros cubre y cuáles son los costos.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Capítulo 4: Tabla de Beneficios

Introducción

En este capítulo, se informa acerca de los servicios cubiertos por Meridian y de cualquier restricción o límite a esos servicios. También se informa sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Los servicios cubiertos	55
A1. Durante emergencias de salud pública.....	55
B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios.....	55
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan	55
D. La Tabla de Beneficios.....	58
E. Beneficios cubiertos fuera de Meridian	107
E1. Cuidado para pacientes terminales	107
F. Beneficios que no están cubiertos por Meridian, Medicare o Medicaid	108

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



A. Los servicios cubiertos

En este capítulo, se le indica qué servicios cubre Meridian. También puede informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en el Capítulo 5, Sección A, página 113. En este capítulo, también se explican los límites en algunos servicios.

Debido a que usted obtiene asistencia de Medicaid, no tiene que pagar sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B, página 36 para obtener más información sobre las reglas del plan.

Si necesita ayuda para comprender cuáles son los servicios cubiertos, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

A1. Durante emergencias de salud pública

Meridian seguirá todas y cada una de las directrices estatales o federales relacionados con una emergencia de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés). Durante una PHE, el plan proporcionará toda la cobertura necesaria para nuestros afiliados. La cobertura puede variar según los servicios recibidos y la duración de la PHE. Visite nuestro sitio web para obtener más información sobre cómo recibir la atención necesaria durante una PHE en mmp.ILmeridian.com o comuníquese con Servicios al Afiliado. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado al número de teléfono que se encuentra impreso en la parte inferior de esta página.

B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios

No permitimos que los proveedores de Meridian le facturen los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a los proveedores directamente y lo libramos de cualquier cargo. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si recibe una, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139 o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios en la Sección D le indica los servicios que paga el plan. Detalla las categorías de servicios en orden alfabético y explica los servicios cubiertos. Se divide en dos secciones, Servicios generales ofrecidos a todas las personas inscritas y Servicios comunitarios y

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



en el hogar ofrecidos a las personas inscritas que reúnen los requisitos a través de un programa de exención de servicios comunitarios y en el hogar.

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

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben ser provistos según las reglas establecidas por Medicare y Medicaid.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesarios” significa que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una residencia de ancianos. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica o, de lo contrario, son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois. El término “médicamente necesario” se refiere a todos los servicios cubiertos que están dentro de lo razonable y que son necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad grave o una discapacidad, o para aliviar un dolor intenso mediante el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.
- Obtiene esta atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, página 38 encontrará más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Cuenta con un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) o un equipo de atención que brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se llama remisión. En el Capítulo 3, Sección D, página 38, se le brinda más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita obtenerla.
- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación. Esto se denomina *autorización previa* (PA, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos que necesitan PA están marcados en la Tabla de Beneficios en negrita. Además, debe obtener una PA para los siguientes servicios que no figuran en la Tabla de Beneficios:
 - Toda internación programada (por ejemplo, cirugías optativas)
 - Todo servicio prestado por un proveedor fuera de la red

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Reemplazo de la válvula aórtica (TAVR, por sus siglas en inglés)
 - Desfibriladores cardioversores implantables automáticos (AICD, por sus siglas en inglés)
 - Procedimientos de control del dolor
 - Terapia hiperbárica
 - Tratamiento y pruebas de infertilidad
 - Várices: Tratamiento quirúrgico y escleroterapia
 - Dispositivos de asistencia ventricular
 - Atención rutinaria de maternidad
 - Implantes cardíacos
 - Estudios del sueño
 - Ecocardiograma transtorácico (TTE, por sus siglas en inglés)
 - Procedimientos de angioplastia/stent coronario
 - Estimuladores de crecimiento óseo
 - Mamografía 3D
 - Ecografía transcraneal
 - Endarterectomía carotídea (CEA, por sus siglas en inglés), stent para arteria carótida (CAS, por sus siglas en inglés) y Doppler de carótida y aorta
 - Prueba de esfuerzo pulmonar
 - Ecografía Doppler de las extremidades
 - Grabación del volumen de pulso
 - Ablación cardíaca
 - Cardioversión (interna/externa)
 - Fusión espinal
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



D. La Tabla de Beneficios

Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Se cubrirá una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión de un médico, un asistente médico, un enfermero especializado con práctica médica o un especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
<p>Acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico</p> <p>Se cubrirán hasta 12 visitas durante 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, que se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que dura 12 semanas o más; • no específico (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como que no esté asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con la cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales si usted demuestra una mejoría. Usted no puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>Se deben suspender los tratamientos de acupuntura si usted no muestra una mejoría o si empeora.</p>	\$0
 <p>Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol</p> <p>Se cubre una evaluación del consumo indebido de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las embarazadas.</p> <p>Si la evaluación del consumo indebido de alcohol es positiva, se cubren hasta cuatro sesiones breves de orientación en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la orientación) con un proveedor de cuidado primario calificado o un médico profesional en el ámbito de la atención primaria.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de transporte en aeronaves de alas fijas y alas rotativas, y servicios de ambulancia terrestre. La ambulancia lo llevará al centro más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud. El plan debe aprobar los servicios de ambulancia para otros casos.</p> <p>En los casos que no son emergencias, es posible que el plan pague una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de atención pongan en riesgo su vida o su salud.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha permanecido en Medicare Parte B durante más de 12 meses, puede obtener un chequeo anual. Esto es para establecer o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. Se cubrirá este chequeo una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: El primer chequeo anual no puede realizarse en el plazo de los 12 meses siguientes a la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Los chequeos anuales estarán cubiertos una vez que haya permanecido en la Parte B durante 12 meses. No es necesario haber cumplido primero con la visita “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Se cubrirán algunos procedimientos para afiliados que reúnan los requisitos (en general, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>Se cubrirán estos servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también le pagará a un médico para que observe y comente los resultados.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía inicial para mujeres de entre 35 y 39 años; • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más; • exámenes clínicos de senos una vez cada 24 meses. 	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>Se cubren los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicios, educación y orientación. Los afiliados deben cumplir con algunas condiciones, con la remisión de un médico.</p> <p>El plan también cubre programas <i>intensivos</i> de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>
	<p>Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>Se cubre una visita por año con su proveedor de cuidado primario para ayudarlo a reducir el riesgo de una enfermedad cardíaca. Durante esta visita, el médico puede hacer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizar el uso de la aspirina; • controlarle la presión arterial; • • darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable. 	\$0
	<p>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>Se cubren los análisis de sangre para controlar una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas. Es posible que se cubran pruebas adicionales si su proveedor de cuidado primario las considera médicamente necesarias.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</p> <p>Se cubren los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 12 meses. 	\$0
	<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Se cubren los ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.</p>	\$0
	<p>Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la colonoscopia no tiene una limitación de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presentan un riesgo alto de cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia o enema de bario de detección anterior; • sigmoidoscopia flexible para pacientes a partir de los 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presentan un riesgo alto después de que el paciente se haya sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes que presentan un riesgo alto desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario; • análisis de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses; <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Examen de diagnóstico de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ADN multiobjetivo en heces para pacientes entre 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años; ● pruebas de biomarcadores basados en sangre para los pacientes entre 45 y 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años; ● enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con un riesgo alto, 24 meses desde la última detección por enema de bario o la última colonoscopia de detección; ● enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no tienen alto riesgo y los mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después de la última detección por enema de bario o sigmoidoscopia flexible. <p>Los análisis de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo de una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare.</p>	

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p> Orientación para dejar de fumar</p> <p>Si fuma, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada sesión de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona. <p>Si fuma y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos susceptibles al tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán dos sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada sesión de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona. • Si usted fuma y está embarazada: • Se cubrirán tres sesiones de orientación para dejar de fumar en un período de 12 meses. Este servicio es gratuito para usted. Cada sesión de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona. 	<p>\$0</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Se cubren los siguientes servicios dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes limitados e integrales; • restauraciones; • dentaduras postizas; • extracciones; • sedación; • emergencias dentales; • servicios dentales necesarios para la salud de una mujer embarazada antes de dar a luz. <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento con radiación de cánceres que involucren la mandíbula o los exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p> <p>Meridian cubre servicios dentales de acuerdo con el programa estatal de Medicaid. La cantidad real y la frecuencia de los servicios pueden basarse en la necesidad médica.</p>	\$0
<p> Detección de depresión</p> <p>Se cubrirá un examen de detección de depresión una vez al año. Los exámenes deben realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y remisiones.</p>	\$0
<p> Detección de diabetes</p> <p>Se cubrirá este examen de detección (incluidas las pruebas de glucemia en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● presión arterial alta (hipertensión); ● antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia); ● obesidad; ● antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucemia). <p>Los exámenes pueden estar cubiertos en otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, es posible que reúna los requisitos para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (dependientes de insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Suministros para controlar los niveles de glucosa en sangre, como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ un monitor del nivel de glucosa en sangre; ○ tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre; ○ dispositivos tipo lancetas y lancetas; ○ soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. ● Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave, se cubrirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (con las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario; ● ○ un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas desmontables que no son hechas a medida y que vienen con estos zapatos). <p>El plan también cubrirá el ajuste de los zapatos terapéuticos hechos a medida o los zapatos profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se cubrirá la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes, en algunos casos. <p>Los productos OneTouch™ de Lifescan son nuestros suministros preferidos para pruebas de diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). No se cubren otras marcas, a menos que sea médicamente necesario y cuenten con autorización previa.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a servicios que cumplen con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son brindados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia; y • Son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesión grave. La afección es tan grave que, si no se presta atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina puede creer que esto puede producir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para la salud de la mujer o del niño por nacer; o • un daño grave a las funciones del cuerpo; o • una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o • en el caso de una mujer embarazada o una mujer en parto activo, cuando sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ No hay tiempo suficiente para trasladar de forma segura a la mujer a un hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede ser un riesgo para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer. <p>La atención de emergencia está cubierta únicamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado luego de que su emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante su atención como paciente internado únicamente si el plan lo aprueba. Una vez que su afección esté estable, se le pedirá que use proveedores dentro de la red para cualquier atención de seguimiento.</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para obtener determinados servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● prueba de planificación familiar y tratamiento médico; ● pruebas de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar; ● métodos de planificación familiar (píldoras anticonceptivas, parches, anillos, dispositivo intrauterino, inyecciones, implantes); ● suministros para planificación familiar con receta médica (preservativos, esponjas, espumas, placas, diafragmas, capuchones); ● asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados; ● asesoramiento y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/sida y otras enfermedades relacionadas con el VIH; ● tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS); ● esterilización voluntaria (Debe ser mayor de 21 años y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización. Deben pasar 30 días como mínimo, pero no se debe exceder los 180 días entre la fecha en la que firmó el formulario y la fecha de la cirugía). ● asesoramiento sobre genética; ● suplementos de ácido fólico y vitaminas prenatales por indicación médica despachados por una farmacia. <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <p>El plan también cubrirá algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe consultar a un proveedor de la red del plan sobre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● tratamiento contra afecciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye tratamientos artificiales para quedar embarazada); ● servicios de preservación de fertilidad; ● tratamiento contra el sida y otras enfermedades relacionadas con el VIH; ● estudios genéticos. 	
<p>Servicios de reasignación de género</p> <p>Para los afiliados con diagnóstico de disforia de género, el plan cubre servicios de reasignación de género. Algunas evaluaciones de detección y servicios están sujetos a requisitos de PA y remisión.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p> <p>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</p> <p>Programas para un Mejor Control de las Enfermedades</p> <ul style="list-style-type: none"> Meridian utiliza las pautas de práctica basadas en la evidencia (pautas clínicas basadas en las mejores investigaciones) como base para nuestros programas de control de enfermedades. Estos programas lo ayudan a vivir lo más saludable posible y a sentirse lo mejor posible. Se aplican reglas de autorización y criterios. <p>Educación sobre la Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Meridian se asocia con recursos comunitarios y proveedores de planes de salud para alentar a los afiliados del plan de salud a participar en eventos educativos para mejorar las habilidades de cuidado personal y enfatizar estilos de vida saludables. Meridian también brinda a los afiliados del plan de salud recursos de educación para la salud para mejorar las habilidades de autocuidado y promover la educación general en salud. <p>Tecnologías de Acceso Remoto (incluidas las tecnologías basadas en Telefonía o en la Web y la Línea Directa de Enfermería):</p> <ul style="list-style-type: none"> Meridian ofrece acceso virtual a médicos certificados que pueden responder una amplia variedad de preguntas o inquietudes sobre salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Una visita virtual, también conocida como “consulta virtual”, es una visita a un médico, ya sea por teléfono, mediante una aplicación para teléfonos inteligentes o en línea. <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p> <p>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programas de educación sobre la salud y el bienestar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Línea de Consultas con Enfermeras de 24 horas de Meridian se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Puede llamar a nuestra Línea de Consultas de Enfermería de 24 horas en cualquier momento de la noche o del día para recibir información y consejos de salud de confianza desde la comodidad de su hogar. Un miembro del personal de enfermería le devolverá la llamada con consejos e información adicionales basados en sus preguntas y necesidades de salud. Para comunicarse con la línea directa de enfermería de Meridian, llame al número del Departamento de Servicios al Afiliado que aparece en la parte posterior de este folleto. <p>Beneficio de Afiliación al Gimnasio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afiliación anual en un gimnasio participante, o para afiliados que no viven cerca de un gimnasio participante y prefieren hacer ejercicio en casa; consulte otra opción a continuación. <p>Los afiliados pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles que se les enviarán sin costo alguno. Se incluye un monitor de actividad física en el kit para el hogar.</p> <p>Para obtener más información sobre el beneficio de gimnasio o para encontrar un centro de acondicionamiento físico participante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).</p>	

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de audición</p> <p>Se cubren los exámenes auditivos y del equilibrio realizados por su proveedor. Estos exámenes indican si usted necesita tratamiento médico. Se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando los realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● pruebas auditivas básicas y avanzadas; ● asesoramiento relacionado con el uso de audífonos; ● evaluación/ajuste de audífonos; ● audífonos una vez cada tres años; ● baterías y accesorios para audífonos; ● reparación y reemplazo de piezas de audífonos. 	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>
<p> Detección del VIH</p> <p>Se cubre un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que hacen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● solicitan una prueba de detección del VIH; o ● tienen un mayor riesgo de infección por VIH. <p>Para las embarazadas, se cubren hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico deberá informarnos que usted necesita estos servicios, y una agencia de cuidado de la salud en el hogar deberá brindarlos.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio, de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos conforme al beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio combinados no deben superar las 8 horas por día y las 35 horas por semana); ● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; ● servicios médicos y sociales; ● equipos y suministros médicos. 	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El plan cubrirá la terapia de infusión en el hogar. Esta terapia consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o sustancias biológicas que usted recibe en su hogar. Para realizar esta terapia se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o la sustancia biológica (como un antiviral o inmunoglobulina); • el equipo (como una bomba); y • los suministros (como tubos o catéteres). <p>Los servicios de infusión en el hogar cubiertos por el plan incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería que se prestan conforme a su plan de atención; • capacitación y educación del paciente que no esté incluida en el beneficio de DME; • control a distancia; y • Servicios de control para la terapia y los medicamentos de infusión en el hogar suministrados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado. 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado para pacientes terminales</p> <p>Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidado para pacientes terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado para pacientes terminales le diagnostican una enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de pacientes terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare. El médico del centro de cuidado para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Se cubrirá lo siguiente mientras usted obtiene servicios de cuidado para pacientes terminales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor; • atención de relevo a corto plazo; • atención en el hogar, incluidos servicios de asistente de salud a domicilio; • servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje para controlar síntomas; • servicios de asesoramiento. <p>Los servicios de cuidado para pacientes terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por Meridian que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A través de Meridian, se cubrirán los servicios del plan que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B. Se cubrirán los servicios, ya sea que estén relacionados con su enfermedad terminal o no. Usted no paga estos servicios. <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado para pacientes terminales (continuación)</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Parte D de Meridian:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado para pacientes terminales y por nuestro plan simultáneamente. Consulte el Capítulo 5, Sección F3, página 128 para obtener más información. <p>Nota: Si necesita atención que no está relacionada con el cuidado para pacientes terminales, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es cuidado para pacientes terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Puede llamar a su coordinador de atención al 1-855-580-1689 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacuna contra la neumonía; • vacunas contra la gripe, una por temporada de gripe en el otoño y en el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias; • vacuna contra la hepatitis B, si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B; • Vacunas contra la COVID-19 • otras vacunas si usted se encuentra en riesgo, y esas vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B; <p>Se cubrirán otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección D, página 137 para obtener más información.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● una habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria); ● comidas, incluidas las dietas especiales; ● servicios de enfermería regulares; ● costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios; ● medicamentos; ● pruebas de laboratorio; ● Rayos X y otros servicios de radiología. ● suministros médicos y quirúrgicos necesarios; ● aparatos, como sillas de ruedas; ● servicios de quirófano y sala de recuperación; ● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; ● servicios de abuso de sustancias para pacientes internados; ● sangre, incluidos el almacenamiento, los componentes sanguíneos y la administración; ● servicios de médicos; ● en algunos casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinal y multivisceral. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para continuar recibiendo atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté controlada.</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicios. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted debe recibir sus servicios de trasplante en su localidad. Si no puede obtener sus servicios de trasplante en su localidad o su proveedor nos ha informado por qué necesita servicios fuera del patrón de atención de su comunidad, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte para usted y otra persona. Todos los servicios de trasplante requieren autorización previa del plan. Los costos de alojamiento y transporte requieren la aprobación previa del plan y están sujetos a las limitaciones del plan. El plan solo coordinará o pagará el alojamiento y el viaje para la atención relacionada con los servicios de trasplante. Para obtener más información sobre los servicios de trasplante, incluidas las limitaciones de costos de viaje, llame al Departamento de Servicios al Afiliado a los números que figuran en la contraportada de este folleto.</p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Se cubrirá la atención médicamente necesaria para pacientes psiquiátricos internados en instituciones aprobadas.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una internación sin cobertura</p> <p>Si su internación no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, se cubrirán los servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● servicios médicos; ● pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio; ● Rayos X, terapia con radio y con isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. ● vendajes quirúrgicos; ● férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para las fracturas y dislocaciones; ● prótesis y aparatos ortopédicos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o las reparaciones de esos aparatos. Estos dispositivos tienen las siguientes funciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente); ○ reemplazan total o parcialmente la función de un órgano interno que no funcione o que tenga una disfunción. ● aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por ruptura, desgaste, pérdida o cambio en el estado del paciente. ● fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitar sobre la atención de enfermedades renales y para ayudar a que los afiliados tomen buenas decisiones sobre su atención; <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe derivarlo. ○ Se cubrirán hasta seis sesiones de servicios de educación para enfermedades renales. ● tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicios, como se explica en el Capítulo 3, Sección B, página 36, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente; ● tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial; ● capacitación para autodiálisis, incluye la capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar; ● equipos y suministros de diálisis en el hogar; ● determinados servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de trabajadores capacitados en servicios de diálisis para verificar su tratamiento en el hogar, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua. <p>El beneficio de medicamentos de Medicare Parte B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B” en esta tabla.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de cáncer de pulmón</p> <p>Se cubrirán los exámenes de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con estos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años; y • Tiene una visita de orientación 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 ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Luego del primer examen de detección, se cubrirá otro examen de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0
<p>Comidas</p> <p>Comidas para el Tratamiento de Enfermedades Posagudas</p> <p>El plan ofrece comidas entregadas a domicilio inmediatamente después de una hospitalización para ayudar en la recuperación de un afiliado. El beneficio total tras un evento agudo ofrece 3 comidas por día con una duración de 14 días, con un máximo de 42 comidas por evento para un número ilimitado de ocurrencias por año.</p> <p>Comidas para Enfermedades Crónicas</p> <p>El Plan también ofrece comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para que los afiliados con afecciones crónicas hagan su transición a modificaciones en el estilo de vida. El afiliado debe tener insuficiencia cardíaca crónica (EPOC), SIDA, asma, EAC, diabetes o hipertensión para calificar para el beneficio. El beneficio total de comidas por afección crónica consiste en 3 comidas al día durante hasta 28 días, por un máximo de 84 comidas al mes. El beneficio de comidas por afección crónica se puede recibir durante un máximo de 3 meses.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico y suministros relacionados</p> <p>Los siguientes tipos de servicios y artículos generales están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suministros médicos no duraderos, como vendajes quirúrgicos, vendas, jeringas desechables, suministros para incontinencia, suministros para ostomía y tratamiento de nutrición parenteral; • equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), como sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, andadores, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), humidificadores y dispositivos generadores del habla (para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12, página 233 y el Capítulo 3, Sección M, página 52 de este manual); • prótesis y aparatos ortopédicos, medias de compresión, aparatos ortopédicos para el calzado, soportes para el arco y plantillas; • equipos y suministros respiratorios, como equipo de oxígeno, equipo CPAP y BIPAP; • reparación de equipos médicos duraderos, prótesis y aparatos ortopédicos; • alquiler de equipos médicos en circunstancias en las que las necesidades del paciente son temporales. <p>Para poder recibir un reembolso, es posible que algunos servicios estén sujetos a aprobación previa o a criterios médicos.</p> <p>Pagaremos todo el DME médicamente necesario que generalmente pagan Medicare y Medicaid. Si nuestro proveedor no abastece a su área con una marca o fabricante en particular, usted podrá pedirle que le envíen el producto.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no estén bajo tratamiento de diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo remite su médico.</p> <p>Se cubrirán tres horas de servicios de orientación personalizados durante el primer año en el que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro Medicare Advantage Plan o Medicare). Cubrimos dos horas de servicios de orientación personalizados por año después del primer año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si el tratamiento es necesario al cambiar de año calendario.</p>	\$0
 <p>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Se cubrirán los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés). El MDPP está diseñado para ayudarlo a adquirir hábitos más saludables. Proporciona capacitación práctica en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Parte B. Algunos medicamentos pueden estar sujetos a terapia escalonada, lo que significa que primero deberá probar un medicamento diferente con el objetivo de ver si este es efectivo para usted. Meridian cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que no suele aplicarse usted mismo y que se inyectan o infunden cuando usted recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de centros quirúrgicos ambulatorios; • insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria); • otros medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan; • los factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia; • medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento de recibir el trasplante del órgano; • Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis. Se pagan estos medicamentos si usted está confinado a su hogar, si tiene una fractura y un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y si no puede autoadministrarse el medicamento. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • antígenos; • ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas; • ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es médicamente necesario), los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa); • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar. <p>En el siguiente enlace, encontrará una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://mmp.ilmeridian.com/pharmacy/formulary.html</p> <p>También se cubren algunas vacunas con el beneficio de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, Sección A, página 114, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que usted debe cumplir para que sus recetas estén cubiertas.</p> <p>En el Capítulo 6, Sección C, página 134, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	
<p>Transporte que no es de emergencia</p> <p>Se cubrirá el transporte para su traslado cuando tenga citas médicas si se trata de un servicio cubierto. Los tipos de transporte que no son de emergencia incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare • ambulancia para casos que no son emergencias; • automóvil; • taxi, autobús o metro • transporte médico en camioneta 	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés) y en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Se cubrirán centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) y centros de atención intermedia (ICF, por sus siglas en inglés). Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que también se cubran otros que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesario, mantenimiento y limpieza; • comidas, incluidas comidas especiales, sustitutos de alimentos y suplementos nutricionales; • servicios de enfermería y supervisión de residentes; • servicios de médicos; • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; • medicamentos y otros fármacos disponibles a través de una farmacia sin receta médica, indicados por su médico como parte de su plan de atención, incluidos medicamentos de venta libre y su administración; • equipo médico duradero no personalizado (como sillas de ruedas y andadores); • artículos médicos quirúrgicos (como vendas, suministros para administrar oxígeno, suministros y equipos de atención bucal, un tanque de oxígeno por residente por mes); • servicios adicionales proporcionados por un centro de enfermería conforme a requisitos estatales y federales. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Cuando sus ingresos superan el monto permitido, usted debe contribuir a cubrir el costo del servicio. Esto se conoce como monto de pago del paciente y es obligatorio si usted vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que usted no tenga que pagar un monto todos los meses.</p> <p>La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería (NF) y en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>Usted obtendrá su atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red. Puede obtener atención en los siguientes lugares si estos aceptan los pagos del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una residencia de ancianos o un complejo habitacional para jubilados de atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de centros de enfermería); • un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital. 	
<p> Detección de obesidad y terapia para la pérdida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, se cubrirán los servicios de orientación para ayudarlo a bajar de peso. Debe obtener estos servicios en un centro de atención primaria. De esa manera, se puede administrar con el plan de prevención integral. Consulte a su proveedor de cuidado primario para obtener más información.</p>	\$0
<p>Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para el tratamiento del trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de admisión; • evaluaciones periódicas; • medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) y, si corresponde, la administración de estos medicamentos; • asesoramiento sobre el abuso de sustancias; • terapia individual y de grupo; • pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (examen toxicológico). 	\$0 Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rayos X; • radioterapia (terapia con radio y con isótopos), incluidos los materiales y servicios del técnico; • pruebas de laboratorio; • sangre, componentes sanguíneos y su administración; y • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. 	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubren los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios, y es posible que cubra otros servicios que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a los médicos a saber si necesita ser internado en el hospital. ○ A veces, aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado paciente ambulatorio. ○ Para saber en qué casos es considerado paciente internado o ambulatorio, consulte esta hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101. <p>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 necesitaría tratamiento como paciente internado si no obtuviera esa atención; ● Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital. ● suministros médicos, como férulas y yesos; ● exámenes de detección y servicios preventivos que se mencionan en la Tabla de Beneficios; ● algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo. 	

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los servicios de salud mental brindados por los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● un psiquiatra o médico con licencia del estado; ● un psicólogo clínico; ● un trabajador social clínico; ● un especialista en enfermería clínica; ● un enfermero especializado con práctica médica (NP, por sus siglas en inglés); ● un asistente médico (PA, por sus siglas en inglés); ● un asesor profesional clínico con licencia (LPC, por sus siglas en inglés); ● un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés); ● un centro de salud mental comunitario (CMHC, por sus siglas en inglés); ● una clínica de salud del comportamiento; ● un hospital; ● una clínica de tarifa por consulta, como los centros de salud habilitados federalmente (FQHC, por sus siglas en inglés); u ● otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes. <p>Se cubrirán los siguientes tipos de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● servicios clínicos proporcionados con la dirección de un médico; ● servicios de rehabilitación recomendados por un médico o un profesional de artes curativas con licencia, como la evaluación integrada, la planificación de tratamientos, la intervención ante una crisis, la terapia y la administración de casos; ● servicios de tratamiento diurno; <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, como los servicios de tipo A y tipo B de la opción clínica. <p>Los servicios específicos que cada tipo de proveedor mencionado anteriormente puede prestar y todos los controles de utilización sobre estos servicios serán determinados por el plan conforme a las leyes federales y estatales, y a todas las políticas o acuerdos aplicables.</p>	
<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios en casos de crisis (ampliados)</p> <p>Además de los servicios de intervención en casos de crisis, el plan cubrirá los siguientes servicios en casos de crisis médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de Respuesta Móvil en Casos de Crisis (MCR, por sus siglas en inglés): Los MCR son servicios móviles y temporales para disminuir y estabilizar los síntomas de una crisis con el fin de que la persona pueda volver al nivel de funcionamiento en el que se encontraba. <p>Estos servicios requieren una evaluación en persona realizada con un instrumento de detección de crisis aprobado por el estado. La evaluación puede incluir intervenciones a corto plazo, consultas con otros proveedores calificados, planificación de medidas de seguridad en casos de crisis, asesoramiento breve y remisión a otros servicios de salud mental comunitarios.</p> <p>Para acceder a los servicios de MCR, los afiliados al plan de salud o las personas preocupadas por ellos pueden llamar a la línea para casos de crisis estatal, CARES, al 1-800-345-9049 (TTY: 1-866-794-0374). Se enviará a un proveedor local a la ubicación del afiliado del plan de salud que se encuentre en crisis.</p> <p style="text-align: right;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios en casos de crisis (ampliados) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de Estabilización en Casos de Crisis: Los servicios de estabilización en casos de crisis son servicios de apoyo intensivos y temporales disponibles durante un máximo de 30 días luego de haber recibido servicios de MCR. Estos se utilizan para prevenir crisis de salud del comportamiento adicionales. Además, brindan apoyo personalizado en el hogar o la comunidad basado en las fortalezas del paciente. <p>El plan de salud cubrirá estos servicios siempre que se brinden en los siguientes lugares:</p> <ul style="list-style-type: none"> Centros de Salud Mental Comunitarios con certificación estatal para casos de crisis; o Clínicas de Salud del Comportamiento con certificación estatal para casos de crisis. 	<p>\$0</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), entre otros.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p> <p>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Se cubrirán la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>El plan cubre artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) limitados, disponibles a través de la compra por correo y en farmacias CVS de venta minorista seleccionadas, sin costo alguno para usted. Comuníquese con Meridian para obtener más información.</p> <p>Los afiliados pueden usar su beneficio OTC para comprar artículos OTC elegibles de ubicaciones participantes o del catálogo OTC para su entrega a su puerta. Los artículos cubiertos por este beneficio se limitan a los artículos que cumplen con las directrices CMS en la versión más reciente del Capítulo 4 del Manual de Atención Administrada de Medicare. El valor del/de los artículo(s) adquirido(s) se basa en el precio minorista cobrado por el vendedor, incluidos el impuesto a las ventas y el envío para compras por correo, según corresponda, y no puede convertirse en dinero en efectivo.</p>	<p>\$0</p> <p>Como beneficio adicional, nuestro plan cubre hasta \$50 por mes calendario en artículos de venta libre (OTC) que cumplen con los requisitos.</p> <p>Este beneficio para artículos de venta libre se limita a un pedido por mes calendario. Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente mes calendario.</p> <p>Puede pedir hasta tres artículos iguales por mes calendario, a menos que se indique de otro modo en el catálogo. No hay límites para la cantidad total de artículos en su pedido.</p> <p>Este beneficio solo se puede usar para pedir productos de venta libre para el afiliado.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que la atención recibida en el consultorio de un médico o terapeuta. Es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) activa, proporcionado como un servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud habilitado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de atención de salud o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que se proporcionen en lugares como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ consultorio de un médico; ○ centro de cirugía ambulatoria certificado; ○ departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. ● Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. ● pruebas auditivas y exámenes del equilibrio básicos realizados por su especialista, si su médico los indica para saber si necesita tratamiento. ● Ciertos servicios de telesalud, incluidos: Servicios Requeridos con Urgencia, Servicios de Atención Médica a Domicilio, Médico de Cuidado Primario, Terapia Ocupacional, Especialista, Sesiones Individuales para Servicios de Salud Mental, Servicios de Podología, Otro Profesional de Atención Médica, Sesiones Individuales para Servicios de Psiquiatría, Fisioterapia y Patología del Habla y del Lenguaje, Sesiones Individuales Ambulatorias para Abuso de Sustancias y Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o a través de los servicios de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de este medio. ○ Para obtener más información con respecto al beneficio de telesalud, llame al 1-800-TEL-ADOC <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos servicios de telesalud incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para afiliados en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para afiliados que reciben diálisis en el hogar. Las consultas pueden realizarse desde el centro de diálisis de un hospital o de un hospital de acceso crítico, desde un centro de diálisis renal o desde el hogar del afiliado. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral. • Servicios de telesalud para afiliados con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud; ○ usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a las condiciones anteriores en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental provistos por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud con Calificación Federal • Controles virtuales que duran entre 5 y 10 minutos con su médico (por ejemplo, por teléfono o videollamada), si se cumple todo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted no es paciente nuevo; y ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos; y ○ el control no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	
--	--

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de un video o imágenes que usted le envía a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas, si se cumple todo lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted no es paciente nuevo; y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos; y ○ La evaluación no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana • Consulta de su médico a otros médicos, ya sea por teléfono o en línea, o bien la evaluación del registro de salud electrónico si usted es paciente existente • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas; ○ arreglos de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales; ○ extracciones de dientes previas a los tratamientos de radiación para enfermedades neoplásicas; o ○ servicios que están cubiertos cuando los brinda un médico. 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Se cubrirán los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones en el talón); • cuidado de los pies de rutina para los afiliados con determinadas enfermedades, como la diabetes, que afectan las extremidades inferiores. 	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Se cubrirán un examen de tacto rectal y una prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) una vez cada 12 meses para las siguientes personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hombres mayores de 50 años; • hombres afroamericanos mayores de 40 años; • hombres mayores de 40 años con un antecedente familiar de cáncer de próstata. 	\$0
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan una parte del cuerpo o función de forma total o parcial. Se cubrirán las siguientes prótesis, y es posible que cubra otras que no se detallan aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención de una colostomía; • marcapasos; • aparatos ortopédicos; • zapatos ortopédicos; • brazos y piernas ortopédicos; • prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). <p>El plan también cubrirá algunos suministros relacionados con las prótesis. Además, pagará reparaciones o reemplazos de prótesis.</p> <p>El plan ofrece cobertura luego de una cirugía de cataratas o extracción de cataratas. Consulte “Atención de la Vista” más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubrirán los programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El afiliado debe contar con una remisión para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que traten la EPOC.</p>	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación</p> <p>Se cubrirán las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y para algunas personas que presentan un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS). Un proveedor de cuidado primario debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>El plan también cubrirá hasta dos sesiones individuales de orientación del comportamiento de alta intensidad, en persona, por año, para adultos sexualmente activos que presentan mayor riesgo de ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Se cubrirán estas sesiones de orientación como un servicio preventivo solo si son proporcionadas por un proveedor de cuidado primario. Estas sesiones deben tener lugar en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de abuso de sustancias</p> <p>Se cubrirán los servicios de abuso de sustancias que se proporcionen en los siguientes centros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de abuso de sustancias con licencia del estado; o • hospitales. <p>Se cubrirán los siguientes tipos de servicios de abuso de sustancias médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios (grupales o individuales) para pacientes ambulatorios, como la evaluación, el tratamiento, la supervisión de los medicamentos y la evaluación psiquiátrica; • Tratamiento Asistido con Medicamentos para la dependencia de opioides, como la indicación y administración de metadona, la administración del plan de atención y la coordinación de otros servicios de trastorno de abuso de sustancias. • servicios intensivos (grupales o individuales) para pacientes ambulatorios; • servicios de desintoxicación; y • algunos servicios residenciales, como Servicios de Rehabilitación a corto plazo. 	<p>\$0</p> <p>Debe hablar con su proveedor para obtener una remisión.</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>Se cubrirá la terapia de ejercicios supervisada (SET, por sus siglas en inglés) para afiliados con enfermedad de la arteria periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática que tienen una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento. Se cubrirá lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para la SET; • 36 sesiones adicionales conforme pase el tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesario. <p>El programa de SET debe cumplir con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de capacitación de ejercicios terapéuticos para PAD en afiliados con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico; • debe ser proporcionado por personal calificado que se asegure de que los beneficios sean mayores que los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD; • debe estar supervisado directamente por un médico, asistente médico, enfermero especializado con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. 	<p>\$0</p> <p>Posiblemente se apliquen reglas de Autorización Previa</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado urgentemente necesario</p> <p>El cuidado urgentemente necesario es la atención proporcionada para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● una situación que no es de emergencia; ○ ● una enfermedad repentina; ○ ● una lesión; ○ ● una afección que necesita atención de inmediato. <p>Si necesita cuidado urgentemente necesario, primero debe intentar obtenerlo a través de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible. o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección que había pasado inadvertida, pero no es una emergencia médica).</p> <p>Los servicios urgentemente necesarios están cubiertos únicamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p> Atención de la vista</p> <p>Se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes de la vista de rutina anuales; <ul style="list-style-type: none"> ○ anteojos (lentes y marcos); ○ marcos limitados a un par en un período de 24 meses; • lentes limitados a un par en un período de 24 meses, pero puede obtener más cuando sea médicamente necesario, con aprobación previa; • ojo artificial a medida; • dispositivos para la vista deficiente; • lentes de contacto y lentes especiales cuando sea médicamente necesario, con aprobación previa. <p>Para poder recibir un reembolso, es posible que algunos servicios estén sujetos a aprobación previa o a criterios médicos.</p> <p>Se cubren los servicios de un médico para pacientes ambulatorios, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista. Por ejemplo, incluye los exámenes de la vista anuales para detectar retinopatía diabética, para personas con diabetes, y el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p style="text-align: center;">La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de la vista (continuación)</p> <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, se cubre una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con un alto riesgo de glaucoma incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con antecedentes familiares de glaucoma; • personas con diabetes; • afroamericanos mayores de 50 años; y • hispanoamericanos mayores de 65 años. <p>Se cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la que un médico coloque un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par luego de la primera).</p>	
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Se cubre, por única vez, una visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud; • educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas); y • Remisiones para otro tipo de atención, en caso de que la necesite. <p>Nota: Se cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses de estar inscrito en Medicare Parte B. Cuando programe la cita, informe al personal del consultorio del médico que se trata de la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios comunitarios y en el hogar cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicio de cuidado diurno para adultos</p> <p>Si usted reúne los requisitos, se cubren la actividades diurnas estructuradas en un programa de atención directa. Este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporciona atención personal; • promueve el bienestar social, físico y emocional. 	\$0
<p>Residencia asistida</p> <p>Si usted reúne los requisitos, el Centro de Apoyo Residencial ofrece una alternativa al Centro de Enfermería. Algunos de los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asistencia con las actividades de la vida cotidiana; • servicios de enfermería; • cuidado personal; • administración de medicamentos; • tareas domésticas; • personal de seguridad/respuesta las 24 horas. 	\$0
<p>Habilitación (diaria)</p> <p>Si usted reúne los requisitos, se cubre la habilitación diaria, que ofrece ayuda para mantener y mejorar la autoayuda, la socialización y las habilidades de adaptación fuera del hogar.</p>	\$0
<p>Comidas a domicilio</p> <p>Si usted reúne los requisitos, se cubren las comidas preparadas que se envían a su hogar.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios comunitarios y en el hogar cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Asistente de salud a domicilio</p> <p>Si usted reúne los requisitos, se cubren los servicios de asistente de salud a domicilio, con la supervisión de un enfermero registrado (RN, por sus siglas en inglés) u otro profesional. Los servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● cambio de vendajes simples; ● ayuda con los medicamentos; ● actividades de apoyo para las terapias especializadas; ● cuidado de rutina de prótesis y aparatos ortopédicos. 	\$0
<p>Modificaciones en el hogar</p> <p>Si usted reúne los requisitos, se cubren las modificaciones en su hogar. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, seguridad y bienestar o para que usted pueda ser más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● rampas; ● barras de sostén; ● ensanchamiento de puertas. 	\$0
<p>Servicios domésticos</p> <p>Si usted reúne los requisitos, se cubren los servicios de ayuda doméstica en el hogar o la comunidad. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● una persona que lo ayude con la lavandería; ● una persona que lo ayude con la limpieza; ● una capacitación para mejorar sus habilidades de convivencia en la comunidad. 	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios comunitarios y en el hogar cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de enfermería</p> <p>Si usted reúne los requisitos, se cubren los servicios de enfermería por turnos e intermitentes, prestados por enfermeros registrados (RN, por sus siglas en inglés) o enfermeros prácticos con licencia (LPN, por sus siglas en inglés).</p>	\$0
<p>Asistente personal</p> <p>Si usted reúne los requisitos, se cubre un asistente personal para que lo ayude con las actividades cotidianas. Estas incluyen, por ejemplo, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bañarse; • comer; • vestirse; • lavar la ropa. 	\$0
<p>Sistema personal de respuesta ante emergencias</p> <p>Si usted reúne los requisitos, se cubre un dispositivo electrónico en el hogar que permite pedir ayuda ante una emergencia.</p>	\$0
<p>Atención de relevo</p> <p>Si usted reúne los requisitos, se cubren los servicios de relevo para brindar ayuda a un familiar o a un cuidador primario no remunerados que satisfacen todas sus necesidades de servicios. Se aplican ciertas limitaciones.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Servicios comunitarios y en el hogar cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero y suministros especializados</p> <p>Si usted reúne los requisitos, se cubren dispositivos, controles o aparatos que le permiten aumentar su capacidad de realizar actividades cotidianas o contribuyen a la percepción, el control o la comunicación en relación con su entorno. Los servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● elevador de pacientes Hoyer; ● bancos/sillas para la ducha; ● elevador de escaleras; ● barandas para cama. 	\$0
<p>Terapias</p> <p>Si usted reúne los requisitos, se cubren los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Estas terapias se centran en necesidades de habilitación a largo plazo, en lugar de necesidades de recuperación agudas a corto plazo.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



E. Beneficios cubiertos fuera de Meridian

Los siguientes servicios no están cubiertos por Meridian, pero están disponibles a través de Medicare o Medicaid.

Los servicios de aborto están cubiertos por Medicaid (no por nuestro plan) con su tarjeta médica de Servicios de Atención Médica y Familiar (HFS, por sus siglas en inglés).

E1. Cuidado para pacientes terminales

Usted tiene derecho a elegir un centro de cuidado para pacientes terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidado para pacientes terminales le diagnostican una enfermedad terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidado de pacientes terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de centro para pacientes terminales certificados por Medicare. El médico del centro de cuidado para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre los servicios que cubre Meridian mientras recibe servicios de atención para pacientes terminales.

Para los servicios de cuidado para pacientes terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B que están relacionados con su enfermedad terminal:

- El proveedor del centro de cuidado para pacientes terminales le facturará los servicios a Medicare. A través de Medicare, se pagarán los servicios de cuidado para pacientes terminales relacionados con su enfermedad terminal. Usted no paga estos servicios.

Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal:

- El proveedor le facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B. Usted no paga estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de Medicare Parte D de Meridian:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidado para pacientes terminales y por nuestro plan simultáneamente. Consulte el Capítulo 5, Sección F3, página 128 para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Nota: Si necesita atención que no está relacionada con el cuidado para pacientes terminales, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es cuidado para pacientes terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Puede comunicarse con su coordinador de atención al 1-855-580-1689, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

F. Beneficios que no están cubiertos por Meridian, Medicare o Medicaid

Esta sección le brinda información sobre qué tipos de beneficios son excluidos por el plan. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios. Ni Medicare ni Medicaid pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia, y algunos que son excluidos por el plan solo en determinados casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del Afiliado*), salvo en las condiciones específicas mencionadas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted cree que deberíamos cubrir un servicio sin cobertura, puede presentar una apelación. Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 170.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de Beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por el plan:**

- Servicios que no se consideran “razonables y necesarios”, según los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que sean establecidos por el plan como servicios cubiertos.
- Medicamentos, tratamientos y artículos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección K, página 49 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y Medicare lo cubra.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Atención de enfermería privada.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Artículos personales en su habitación de un hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Honorarios cobrados en concepto de atención por familiares directos o que viven con usted.
- Procedimientos o servicios optativos o voluntarios para mejorar (pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, atlético y mental, procedimientos cosméticos y para combatir el envejecimiento, entre otros), excepto cuando son médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro procedimiento estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo con alguna malformación. Sin embargo, se cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para asegurar la simetría.
- Atención quiropráctica diferente de la manipulación manual de la columna vertebral conforme a las pautas de cobertura de Medicare.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK.
- Anulación de procedimientos de esterilización.
- Servicios de naturópatas (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a los veteranos en centros que dependen del Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra (VA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, cuando un veterano obtiene servicios de emergencia en un hospital de VA y la distribución de costos de VA supera la distribución de costos conforme a nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Aun así, los afiliados son responsables de sus montos de distribución de costos.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

En este capítulo se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Estos son los medicamentos que su proveedor le indica y que usted adquiere en una farmacia o a través de la compra por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Meridian también cubre los siguientes medicamentos, aunque estos no se detallan en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Estos incluyen algunos medicamentos que le administran mientras está internado en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le aplican durante una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 58.

Reglas para la cobertura de medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios del plan

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

1. Debe hacer que un médico u otro proveedor le expida su receta, la cual deberá ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona, por lo general, es su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de cuidado primario lo ha remitido para su atención.
2. El profesional que expide recetas no debe estar en las listas de exclusión o preexclusión de Medicare.
3. En general, debe surtir su receta médica en una farmacia de la red.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



4. El medicamento recetado debe figurar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. La denominamos Lista de Medicamentos para abreviar.
 - Si no está ahí, podremos cubrir el medicamento con una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 190 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
5. El medicamento se debe utilizar de acuerdo con una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso de medicamentos debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias médicas. Para los medicamentos cubiertos por Medicaid, esto significa que tomar el medicamento es razonable y necesario a fin de proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad importante, o bien aliviar un dolor intenso a través del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas	114
A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red	114
A2. Cómo usar su tarjeta de ID de afiliado al surtir una receta médica	114
A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red	114
A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red	114
A5. Cómo comprar en una farmacia especializada.....	115
A6. Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener medicamentos	115
A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo	117
A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan	118
A9. Reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica	118
B. Lista de Medicamentos del plan.....	118
B1. Medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos.....	119
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos	119
B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos.....	120
B4. Niveles de la Lista de Medicamentos	121
C. Límites de algunos medicamentos.....	121
D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto	122
D1. Cómo obtener un suministro temporal.....	123
E. Cambios en la cobertura de medicamentos	125
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	127
F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan.....	127
F2. Si se encuentra en un centro de cuidado a largo plazo	127

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



F3. Si se encuentra en un programa de centro para pacientes terminales certificado por Medicare.....	128
G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos	128
G1. Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura	128
G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos	129
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura.....	130

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, se cubrirán las recetas médicas **solo** si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir las recetas médicas de los afiliados de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado o su coordinador de atención.

A2. Cómo usar su tarjeta de ID de afiliado al surtir una receta médica

Para surtir una receta médica, **muestre su tarjeta de identificación (ID) de afiliado de Meridian** en la farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará a Meridian los medicamentos recetados cubiertos.

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

Si la farmacia no logra obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento en el momento de recogerlo. Luego puede solicitarnos que le realicemos el reembolso. Si no puede pagar el medicamento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de inmediato. Haremos todo lo posible para ayudarlo.

- Para saber cómo puede solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139.
- Si necesita ayuda para surtir una receta médica, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a su coordinador de atención.

A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red

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

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a su coordinador de atención.

A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red

Si su farmacia deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una farmacia nueva que pertenezca a la red. Le enviaremos una carta para notificarle si una farmacia que utiliza abandona la red y lo ayudaremos a encontrar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda del Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono están impresos en la parte inferior de esta página) o utilizar el

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



Directorio de Farmacias y Proveedores. También puede encontrar más información en nuestro sitio web, mmp.ILmeridian.com.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web, o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a su coordinador de atención (el número de teléfono está impreso en la parte inferior de la página).

A5. Cómo comprar en una farmacia especializada

A veces, las recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como una residencia de ancianos.
 - Generalmente, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente en un centro de cuidado a largo plazo, debe asegurarse de obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no pertenece a nuestra red, o si tiene problemas para acceder a sus beneficios en medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano. Excepto en emergencias, solo los indígenas nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para determinados lugares o que exigen requisitos especiales de manipulación, coordinación de proveedores, o educación de los pacientes respecto a su uso. (Nota: Estas situaciones se presentan en raras ocasiones).

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*, visitar nuestro sitio web o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado o a su coordinador de atención.

A6. Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son aquellos que usted toma de forma regular para tratar afecciones médicas crónicas o de largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de compra por correo del plan están señalados con “NM” en nuestra Lista de Medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 90 días. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas médicas por correo

Para obtener formularios de compra por correo e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

En general, obtendrá una receta médica de compra por correo dentro de los 10 o 14 días. Si su compra se demora, comuníquese con Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

Procesos de compra por correo

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

1. Recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia

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

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

La farmacia surtirá y enviará recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin confirmarlo antes con usted, en caso de que:

- Usted haya utilizado servicios de compra por correo con este plan en el pasado
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas ahora o en cualquier momento llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711)

Si usted utilizó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe cada nueva prescripción, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711)

Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de compras por correo o decide cancelar el surtido automático de nuevas prescripciones, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba nuevas prescripciones de un proveedor de atención médica para saber si usted desea que la medicación se surta y se envíe inmediatamente.

- Esto le dará la posibilidad de asegurarse de que la farmacia le entrega el medicamento correcto (incluyendo la concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, permite detener o demorar el pedido antes de que se lo envíen.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Es importante que responda siempre que se comuniquen con usted desde la farmacia, para indicarles qué tienen que hacer con la receta médica nueva y, así, prevenir demoras en el envío.

Para darse de baja del servicio de envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

3. Repeticiones de recetas médicas de compra por correo

Para obtener las repeticiones de sus medicamentos, tiene la opción de suscribirse al programa de repetición automática. Este programa nos permite comenzar a procesar su próxima repetición automáticamente cuando nuestros registros indican que su suministro del medicamento está por acabarse.

- Antes de enviar cada repetición, la farmacia se comunicará con usted para asegurarse de que efectivamente necesite más medicamentos. Usted puede cancelar las repeticiones programadas si tiene un suministro suficiente o si ha cambiado de medicamento.
- Si elige no usar nuestro programa de repetición automática, comuníquese con la farmacia 21 días antes de quedarse sin medicamentos; de esa manera, podrá asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Si decide no participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de compras por correo, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted y confirmar su pedido antes de enviarlo, asegúrese de avisar a la farmacia cuál es la mejor forma de contactarlo. Debe verificar su información de contacto cada vez que realiza un pedido, cuando se inscribe en el programa de repetición automática o si su información de contacto cambia.

A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de *medicamentos de mantenimiento* que figuren en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para tratar una afección médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el *Directorio de Farmacias y Proveedores* se informa qué farmacias pueden proveerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de compra por correo de la red del plan con el fin de obtener el suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Para

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



obtener información sobre los servicios de compra por correo, consulte la sección anterior[, en la página 116.

A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede ir a una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicios en donde usted puede surtir sus recetas médicas como afiliado a nuestro plan.

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

- Viaja fuera del área de servicios del plan y necesita un medicamento que no está en la farmacia de la red más cercana.
- Necesita un medicamento con urgencia y no hay una farmacia de la red que esté cerca y abierta.
- Debe abandonar su hogar debido a un desastre federal u otra emergencia de salud pública.

En general, cubriremos por única vez un suministro de hasta 30 días en una farmacia fuera de la red en estas situaciones.

En estos casos, consulte primero al Departamento de Servicios al Afiliado para saber si hay una farmacia de la red cercana.

A9. Reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica

Si debe comprar en una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total cuando le surtan su receta médica. Puede solicitar que le hagamos un reembolso.

Para obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139.

B. Lista de Medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos Lista de Medicamentos para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos de la Lista de Medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos también le informa si existe alguna regla que deba cumplir para poder obtener los medicamentos.

Cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan, siempre y cuando usted cumpla con las reglas que se explican en este capítulo.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



B1. Medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y artículos que requieren receta médica y de venta libre que están cubiertos por los beneficios de Medicaid.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos a base de una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico como vacunas o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y biosimilares tienen la misma eficacia que los medicamentos de marca o los productos biológicos y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos que requieren receta médica y tienen la misma eficacia. Si quiere obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos

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

- Revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan, mmp.ILmeridian.com. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si un medicamento está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

Utilice nuestra “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” en mmp.ILmeridian.com o llame a su coordinador de atención o al Departamento de Servicios al Afiliado. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma enfermedad.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos que requieren receta médica. Algunos medicamentos no se encuentran en la Lista de Medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de Medicamentos.

Meridian no pagará por los medicamentos enumerados en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta médica para un medicamento excluido, deberá pagarla usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido para su caso, puede presentar una apelación. (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F5, página 195).

A continuación, se detallan tres reglas generales para medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y de Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto conforme a Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos conforme a Medicare Parte A o Parte B están cubiertos por Meridian conforme al beneficio médico de nuestro plan de forma gratuita, pero no se consideran parte de los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o respaldado por determinadas referencias médicas como un tratamiento para su afección. El médico puede recetar un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se denomina “uso no indicado”. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando son recetados para un uso no indicado.

Además, los tipos de medicamentos que se detallan a continuación no están cubiertos por Medicare o Medicaid, según lo establece la ley.

- Medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad.
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia y la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que los fabrica determina que usted debe hacerse pruebas y recibir servicios provistos solo por esta.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



B4. Niveles de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan pertenece a uno de tres niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos que suelen ser del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o de venta libre).

- El Nivel 1 (medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos.
- El Nivel 2 (medicamentos de marca) incluye medicamentos de marca y puede incluir algunos medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 (medicamentos que requieren receta médica y medicamentos de venta libre no cubiertos por Medicare) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca que requieren receta médica, y medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos por Medicaid.

Para saber en qué nivel está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

En el Capítulo 6, Sección C4, página 135, se informa el monto que debe pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos que requieren receta médica, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica, y que sea seguro y eficaz.

Siempre que un medicamento seguro y de costo más bajo tenga la misma eficacia que un medicamento de costo más alto, los planes esperan que su proveedor le recete el medicamento de costo más bajo.

Si existe alguna regla especial para sus medicamentos, en general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que le cubramos los medicamentos. Por ejemplo, es probable que el proveedor deba informarnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no se aplica a su situación, puede solicitar que se haga una excepción. Podemos estar de acuerdo o no con que utilice el medicamento sin seguir los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 190.

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

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

- Normalmente, no pagaremos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho la razón médica por la que el medicamento genérico o el biosimilar sustituible no funcionará para usted o escrito “No sustituir” en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original o nos ha dicho la razón médica por la que ni el medicamento genérico, el biosimilar sustituible, ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición funcionarán para usted, entonces cubrimos el medicamento de marca.

2. Obtener una aprobación por adelantado del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben conseguir la aprobación de Meridian antes de surtir una receta médica. Si no obtiene la aprobación, es posible que Meridian no cubra el medicamento.

3. Probar primero con un medicamento distinto

En general, el plan quiere que pruebe medicamentos de costo más bajo (que suelen tener la misma eficacia) antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, el plan puede solicitar que primero pruebe el medicamento A.

Si el medicamento A no es eficaz para usted, entonces se cubrirá el medicamento B. Esto se denomina “terapia escalonada”.

4. Aplicar límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener. Esto se denomina “límite de cantidad”. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte una receta médica.

Para averiguar si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o que quiere tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o consulte nuestro sitio web en mmp.ILmeridian.com.

D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto

Nuestro objetivo es que su cobertura de medicamentos sea conveniente para usted, pero en algunas ocasiones, puede ser que un medicamento no tenga la cobertura que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por el plan. El medicamento puede no estar en la Lista de Medicamentos. Es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted quiere tomar, no. Es posible que un medicamento sea nuevo y que todavía no hayamos revisado su seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas especiales o límites en su cobertura. Como se explica en la sección anterior, , página 121, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que expide recetas pueden solicitar una excepción a la regla.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como le gustaría que estuviera.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en la Lista de Medicamentos o cuando esté limitado de alguna manera. Esto le permite tener el tiempo necesario para hablar con su proveedor sobre el cambio de medicamento o para pedirle al plan la cobertura del medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con estas dos reglas:

1. El medicamento que ha estado tomando tiene alguna de estas características:
 - ya no está en la **Lista de Medicamentos** del plan; o
 - nunca estuvo en la **Lista de Medicamentos** del plan; o
 - ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe estar en una de estas situaciones:
 - Usted ya estaba en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal será de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
 - Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos obtener varias repeticiones hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en una farmacia de venta minorista y un suministro para 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
 - Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su **medicamento durante los primeros 90 días a partir de su afiliación al plan.**
 - Este suministro temporal será de hasta 30 días en una farmacia de venta minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
 - Si en su receta médica se establecen menos días, le permitiremos obtener varias repeticiones hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en una farmacia de venta minorista y un suministro para 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar el medicamento que requiere receta médica en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio.
- Ha permanecido en el plan por más de 90 días, reside en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro para 31 días o menos si en su receta médica se establecen menos días. Esto es aparte del suministro temporal mencionado previamente.
 - Si su nivel de atención cambia, cubriremos un suministro temporal de sus medicamentos. Un cambio en el nivel de atención ocurre cuando usted es dado de alta de un hospital. También ocurre cuando ingresa en un centro de cuidado a largo plazo o sale de uno.
 - Si sale de un centro de cuidado a largo plazo u hospital para volver a su hogar y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 30 días. Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 30 días en total.
 - Si sale de su hogar o de un hospital para ingresar en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro temporal, cubriremos un suministro para 31 días. Si en su receta médica se indican menos días, le permitiremos repetir recetas médicas hasta alcanzar un suministro máximo para 31 días en total.
 - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este se le acabe. A continuación, se detallan sus opciones:

- Puede cambiarlo por otro medicamento.

Es posible que haya otro medicamento cubierto por el plan que le sirva. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

O BIEN

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, pueden solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra un medicamento sin límites. Si el proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarlo con la solicitud.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Si un medicamento que está tomando se retirará de la Lista de Medicamentos o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Luego, usted puede solicitar que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento como le gustaría que estuviera cubierto para el próximo año.
- Responderemos a su solicitud de una excepción dentro de las 72 horas de recibirla (o de recibir la declaración de respaldo del profesional que expide recetas).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección F4, página 192.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado o con su coordinador de atención.

E. Cambios en la cobertura de medicamentos

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

- Decidir si exigir o no exigir autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) o aprobación para un medicamento. (La PA es el permiso que le debe dar Meridian antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (denominado "límites de cantidad").
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada sobre un medicamento. (La terapia escalonada se refiere a que usted debe probar un medicamento antes de que podamos cubrir otro).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C que aparece anteriormente en este capítulo.

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

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

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



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

- consultar la Lista de Medicamentos actualizada de Meridian en línea en mmp.ILmeridian.com o
- llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para consultar la Lista de Medicamentos actual al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Algunos cambios en la Lista de Medicamentos tendrán lugar **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Aparece un medicamento genérico nuevo.** Algunas veces, surge un nuevo medicamento genérico en el mercado que actúa con la misma eficacia que un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de Medicamentos. Cuando esto sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca y agreguemos el medicamento genérico nuevo, pero el costo del medicamento nuevo seguirá siendo el mismo.
- Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Tal vez no le informemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realicemos cuando ello suceda.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual, Sección F4, página 192, para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) informa que un medicamento que usted está tomando no es seguro o que el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, lo quitaremos de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos sobre el cambio. Consulte a su médico sobre otras opciones.

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

- La FDA proporciona nueva orientación o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



- Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de Medicamentos ○
- Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en la Lista de Medicamentos ○
- Le avisaremos y le brindaremos un suministro para 30 días del medicamento después de que pida una repetición.

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

- Si existe un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que pueda tomar en su lugar.
- Si es necesario pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F2, página 190.

Podemos realizar cambios que no afecten los medicamentos que está tomando. En dicho caso, si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

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

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan

Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, en general cubriremos el costo de sus medicamentos que requieren receta médica durante la internación. No deberá pagar un copago. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, se cubrirán sus medicamentos, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

F2. Si se encuentra en un centro de cuidado a largo plazo

En general, un centro de cuidado a largo plazo, como una residencia de ancianos, tiene su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos que requieren receta médica a través de la farmacia del centro, siempre y cuando la farmacia sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



F3. Si se encuentra en un programa de centro para pacientes terminales certificado por Medicare

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

- Si está inscrito en un centro de cuidado para pacientes terminales de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, un laxante o un medicamento contra la ansiedad) que no están cubiertos por el centro de cuidado para pacientes terminales porque no están relacionados con su pronóstico terminal y las afecciones relacionadas, antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento, debemos recibir una notificación del profesional que expide recetas o del proveedor del centro de cuidado para pacientes terminales en la que se informe que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras a la hora de recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por el plan, usted puede pedirle al proveedor de su centro de cuidado para pacientes terminales o a el profesional que expide recetas que, antes de pedir que una farmacia surta la receta médica, se asegure de que recibamos la notificación donde se informa que el medicamento no está relacionado.

Si se va del centro de cuidado para pacientes terminales, el plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando su beneficio en un centro de cuidado para pacientes terminales de Medicare finaliza, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar que dejó el centro. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D.

Para obtener más información sobre los beneficios del centro de cuidado para pacientes terminales, consulte el Capítulo 4, Sección E1, página 107.

G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

G1. Programas para ayudar a los afiliados a utilizar los medicamentos en forma segura

Cada vez que usted surte una receta médica, buscamos posibles problemas, tales como errores con los medicamentos o medicamentos con las siguientes características:

- medicamentos que podrían no ser necesarios, debido a que usted toma otro medicamento que hace lo mismo;
- medicamentos que podrían no ser seguros para su edad o sexo;
- medicamentos que podrían perjudicarlo si los toma al mismo tiempo;
- medicamentos con componentes a los que usted es o puede ser alérgico;
- medicamentos para el dolor con cantidades inseguras de opioides.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



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

G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para tratar afecciones médicas diferentes o participa en un programa de administración de medicamentos que lo ayuda a usar sus medicamentos opioides de manera segura, es posible que cumpla con los requisitos para recibir servicios sin costo a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que los medicamentos mejoren su salud. Si cumple con los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- cómo aprovechar al máximo los beneficios de los medicamentos que toma;
- las inquietudes que tenga, como los precios de los medicamentos y las reacciones a estos;
- cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos;
- las preguntas o los problemas que tenga sobre su receta médica y los medicamentos de venta libre.

Recibirá un resumen de esta conversación por escrito. Este contiene un plan de acción para los medicamentos, que le indica cómo aprovechar al máximo sus medicamentos. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma y el motivo por el cual lo hace. Además, obtendrá información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos que requieren receta médica y que son sustancias controladas.

Se recomienda programar una revisión de sus medicamentos antes de la visita anual de bienestar, para que pueda hablar con el médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a la visita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención de salud. También lleve la lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los afiliados que reúnen los requisitos. Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no quiere estar en el programa, infórmenos sobre ello, y anularemos la inscripción.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado o su coordinador de atención.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura

Meridian cuenta con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que con frecuencia se usan de manera incorrecta. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés).

Si toma opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias o si ha tenido una sobredosis reciente por opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que los esté tomando de manera correcta y de que el uso sea médicamente necesario. Si decidimos, en conjunto con sus médicos, que la manera en la que toma las benzodiacepinas o los opioides recetados no es segura, podemos limitar la forma en que obtiene esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para esos medicamentos en **ciertas farmacias** o a través de **ciertos médicos**.
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted.

Si pensamos que una o más de limitaciones deben aplicarse en su caso, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o una farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y de brindarnos cualquier otro dato que considera que es importante que conozcamos. Si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted corre riesgo de usar incorrectamente un medicamento que requiere receta médica, usted y el profesional que expide recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, el plan evaluará su caso y le informará sobre nuestra decisión. Si seguimos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés). (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación y sobre qué es la IRE, consulte el Capítulo 9, Sección F5, página 195).

El DMP puede no aplicarse a usted en los siguientes casos:

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

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medicaid

Introducción

En este capítulo, se brinda información sobre cuánto paga por los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios. Al hablar de “medicamentos”, nos referimos a lo siguiente:

- medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D; **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid; **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Como reúne los requisitos para Medicaid, usted recibe “Extra Help” de Medicare para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D.

Extra Help es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Extra Help también se denomina “Subsidio por Ingreso Bajo” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que requieren receta médica, consulte los siguientes:

- La *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan.
 - Esta se denomina “Lista de Medicamentos”. Le indica lo siguiente:
 - qué medicamentos paga el plan;
 - en cuál de los tres niveles está cada medicamento;
 - si hay algún límite para el medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en mmp.ILmeridian.com. La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Capítulo 5 de este *Manual del Afiliado*.
 - En el Capítulo 5, sección A, página 114 se informa cómo obtener los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
 - Incluye reglas que debe cumplir. También establece qué tipos de medicamentos que requieren receta médica no están cubiertos por el plan.
- El *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.
 - En la mayoría de los casos, usted debe comprar en una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de Farmacias y Proveedores* tiene una lista de farmacias de la red. Puede obtener más información sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A, página 114.
 - Cuando utiliza la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener más información.

Índice

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB).....	133
B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos.....	133
C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	134
C1. Niveles del plan	134
C2. Sus opciones de farmacias.....	135
C3. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo.....	135
C4. Qué paga usted	135
D. Vacunas	137
D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna.....	137

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

El plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados. Este es el monto de dinero que se paga a través del plan (o que otras personas pagan en su nombre) por sus medicamentos recetados. Nosotros llevamos un registro de dos tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo.** Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos que requieren receta médica.
- **Los costos totales de medicamentos.** Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos que requieren receta médica, más el monto que paga el plan.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un informe denominado *Explicación de Beneficios*. La denominamos la EOB para abreviar. Además, incluye más información sobre los medicamentos que usted toma. La EOB contiene lo siguiente:

- **Información sobre el mes.** El resumen le informa qué medicamentos recetados recibió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y las demás personas en su nombre.
- **Información del año hasta la fecha.** Estos son los costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados a partir del 1.º de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer abastecimiento.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con el profesional que expide recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para sus gastos de bolsillo totales.
- Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos por el plan, consulte la Lista de Medicamentos.

B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos

Para llevar un registro de sus costos de medicamentos y de los pagos que realiza, usamos registros que obtenemos de usted y de las farmacias. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Utilice su tarjeta de ID de afiliado.

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

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que ha pagado. Puede solicitar que le hagamos un reembolso por el medicamento.

A continuación, se mencionan algunas situaciones en las que debe entregarnos copias de sus recibos:

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

Para saber cómo puede solicitarnos el reembolso por el medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139.

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

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un AIDS Drug Assistance Program, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los gastos de bolsillo.

4. Controle las Explicaciones de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que le enviamos.

Cuando reciba la EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. En lugar de recibir una EOB en papel por correo, ahora tiene la opción de recibir una EOB electrónica (eEOB, por sus siglas en inglés). Puede solicitar la eEOB en www.express-scripts.com. Si decide hacerlo, recibirá un correo electrónico cuando su eEOB esté lista para ver, imprimir o descargar. Las eEOB también se conocen como EOB no impresas. Estas eEOB son copias exactas (imágenes) de las EOB impresas. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

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

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

C1. Niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los tres niveles. No tiene que

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



pagar copagos por los medicamentos con receta y de venta libre que se encuentran en la Lista de Medicamentos de Meridian. Para conocer los niveles de sus medicamentos, consulte la Lista de Medicamentos.

- El Nivel 1 (Medicamentos Genéricos) incluye medicamentos genéricos. El copago es de \$0.
- El Nivel 2 (Medicamentos de Marca) incluye medicamentos de marca y puede incluir algunos medicamentos genéricos. El copago es de \$0.
- El nivel 3 (Medicamentos que Requieren Receta Médica y Medicamentos de Venta Libre No Cubiertos por Medicare) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca que requieren receta médica, y medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos por Medicaid. El copago es de \$0.

C2. Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtiene:

- una farmacia de la red; o
- una farmacia fuera de la red.

En ciertas ocasiones, cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 118 para saber cuándo podemos hacerlo.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5, Sección A, página 114 de este manual y el *Directorio de Farmacias y Proveedores* del plan.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo se extiende hasta 100 días. Usted no debe pagar nada por un suministro a largo plazo.

Si quiere obtener información sobre dónde y cómo obtener el suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección A7, página 117 o el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

C4. Qué paga usted

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

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



	Una farmacia de la red	El servicio de compra por correo del plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o hasta 100 días	Un suministro de un mes o hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5, Sección A, página 114 para obtener más información.
Distribución de costos Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Distribución de costos Nivel 2 (Medicamentos de Marca)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Distribución de costos Nivel 3 (Medicamentos que Requieren Receta Médica y Medicamentos de Venta Libre no Cubiertos por Medicare)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

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

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



D. Vacunas

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por las Vacunas: Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado para obtener detalles sobre la cobertura y el distribución de costos de vacunas específicas.

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

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento que requiere receta médica.
2. La segunda parte de la cobertura es el costo de la **aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, en ocasiones, su médico puede aplicarle la vacuna mediante una inyección.

D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna

Le recomendamos que primero llame al Departamento de Servicios al Afiliado cuando planea recibir una vacuna.

- Podemos explicarle cómo se cubre la vacuna.
- Podemos informarle cómo reducir costos utilizando proveedores y farmacias de la red. Las *farmacias de la red* son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un *proveedor de la red* es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con Meridian para garantizar que usted no tenga costos por adelantado por una vacuna de la Parte D.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



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

Introducción

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

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	139
B. Cómo enviar una solicitud de pago	141
C. Decisiones de cobertura.....	142
D. Apelaciones.....	143

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

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

Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B, página 141.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que le hagamos un reembolso.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado o con su coordinador de atención si tiene preguntas. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si quiere brindarnos información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar al plan un reembolso o el pago de una factura que recibió:

1. Cuando tiene una emergencia o necesita atención de salud requerida de urgencia de un proveedor fuera de la red.

Debe solicitarle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, solicítenos un reembolso. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a ese proveedor.
 - Si usted ya pagó el servicio, le reembolsaremos el monto.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas. La facturación incorrecta o inadecuada se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a usted una cantidad que supera el monto de distribución de costos del plan por los servicios. **Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si recibe alguna factura.**

- Debido a que Meridian MMP paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar nada. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. Le reembolsaremos el costo de los servicios cubiertos.

3. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta médica.

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

- Solo en ciertas ocasiones, cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 118 para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

4. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no tiene consigo su tarjeta de ID (por sus siglas en inglés) de afiliado.

Si no lleva su tarjeta de ID de afiliado a Meridian MMP con usted, puede solicitarle a la farmacia que se comunique con el plan o que busque la información sobre su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



5. Cuando paga el costo total de una receta médica, pero el medicamento no está cubierto.

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

- El medicamento puede no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Lista de Medicamentos) del plan, o puede tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que considera que no se aplican a usted. Si decide comprar el medicamento, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
 - Si usted no paga el medicamento, pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión sobre la cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección F4, página 192).
 - Si usted y el médico u otro profesional que expide recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato, usted puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección F4, página 192).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que tengamos que obtener más información de su médico o de otro profesional que expide recetas para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la evaluaremos para decidir si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe tener cobertura, le pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F5, página 195.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de todo pago que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros.** Puede solicitarle ayuda al coordinador de atención.

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

- No es obligación que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información de forma más rápida.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (mmp.ILmeridian.com), o llamar al Departamento de Servicios al Afiliado y solicitar el formulario.

Envíenos por correo la solicitud de pago, junto con todas las facturas o los recibos, a una de las siguientes direcciones:

Facturas Médicas:

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)
Attention: Claims
P.O. Box 4020
Farmington, MO 63640-4402

Facturas de Farmacias:

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)
Part D Prescription Drug Claims
Attn: Pharmacy Claims
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Debe enviarnos el reclamo en el plazo de tres (3) años a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos la solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si la atención de salud o el medicamento están cubiertos por el plan.

También decidiremos el monto, si corresponde, que usted tiene que pagar por la atención de salud o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional.
- Si decidimos que la atención de salud o el medicamento están cubiertos, y usted cumplió con todas las reglas para obtenerlos, pagaremos el costo. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por el

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



monto que pagó. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3, Sección B, página 36 explica las reglas para obtener servicios cubiertos. El Capítulo 5, Sección A, página 114 explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no realizaremos el pago. La carta también detallará sus derechos a presentar una apelación.
- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 170.

D. Apelaciones

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

El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si quiere obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 170.

- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención de salud, consulte el Capítulo 9, Sección E5, página 187.
- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección F4, página 192.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como afiliado a nuestro plan. We must honor your rights. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades	146
B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma	148
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	149
C1. Cómo protegemos su PHI	149
C2. Tiene derecho a ver su historia clínica	149
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos	156
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted	158
F. Su derecho a abandonar el plan	158
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud	159
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud	159
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud	160
G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones	161
H. Su derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	161

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



H1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos..... 161

I. Sus responsabilidades como afiliado al plan 162

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



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

Debemos garantizar que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera accesible y culturalmente competente. Además, debemos explicarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas. La llamada es gratuita.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Nuestro plan ofrece material impreso en español. En Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP), queremos asegurarnos de que usted entienda la información de su plan de salud. Podemos enviarle los materiales en otro idioma o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:
 - Si desea recibir sus materiales en otro idioma o en un formato alternativo; o
 - Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.
- Si necesita ayuda para comprender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Para realizar una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o realizar una solicitud única de materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Meridian al 1-855-580-1689 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Registraremos su elección. El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

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

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede presentar un reclamo ante Medicaid llamando a la Línea Directa de Beneficios de Salud de Illinois, al 1-800-226-0768. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.
- La Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



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

We must ensure that **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages. The call is free.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) wants to make sure you understand your health plan information. We can send materials to you in languages other than English or in alternate formats if you ask for it this way. This is called a “standing request.” We will document your choice. Please call us if:
 - You want to get your materials in a language other than English or in an alternate format; or
 - You want to change the language or format that we send you materials.
- If you need help understanding your plan materials, please contact Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) Member Services at 1-855-580-1689 (TTY: 711). Hours are from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day.
- To make a standing request, change a standing request or make a one-time request for materials in a language other than English or in an alternate format, please call Meridian at 1-855-580-1689 (TTY users should call 711). We will document your choice. Hours are from Monday-Friday, 8 a.m. to 8 p.m. On weekends and on state or federal holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- You can also file a complaint with Medicaid by calling the Illinois Health Benefits Hotline at 1-800-226-0768. TTY users should call 1-877-204-1012.
- Office of Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



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

Como afiliado al plan:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte el Capítulo 3, Sección D, página 38.
 - Llame al Departamento de Servicios al Afiliado o busque en el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para obtener más información sobre los proveedores de la red y para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin obtener una remisión. Una remisión es una aprobación de su PCP para que consulte a un profesional que no sea su PCP. También tiene derecho a acudir a un dermatólogo, un audiólogo (para pruebas auditivas de rutina) y un optometrista (para pruebas de la vista de rutina) sin una remisión. Una remisión es una orden escrita de su proveedor de cuidado primario.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas en tiempo y forma.
 - Si no puede recibir los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidado urgentemente necesario sin aprobación previa (PA, por sus siglas en inglés).
- Tiene derecho a surtir las recetas médicas en cualquier farmacia de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D4, página 43.

En el Capítulo 9 [*los planes pueden insertar una referencia, según corresponda*, Sección C, página 169, se informa qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. En el Capítulo 9, Sección D, página 170 también se le informa qué hacer si rechazamos la cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



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

Protegemos su información médica personal (PHI), tal como lo requieren las leyes federales y estatales.

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

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos un aviso escrito en el que también se informa sobre estos derechos. Este aviso se denomina “Aviso de Prácticas de Privacidad”. Este aviso, además, explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes.

Con excepción de los casos que se indican a continuación, no le proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinde atención ni pague su atención. Si lo hacemos, se nos exige que obtengamos un permiso escrito de su parte antes de hacerlo. Usted, o alguna persona que tenga facultades legales para tomar decisiones en su nombre, puede conceder el permiso escrito.

En determinados casos, no se nos exige obtener su permiso escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.

- Estamos obligados a divulgar su PHI a agencias gubernamentales que controlan la calidad de nuestra atención.
- Estamos obligados a proporcionar a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las leyes federales.

C2. Tiene derecho a ver su historia clínica

Usted tiene derecho a ver su historia clínica y a obtener una copia de ella. Podemos cobrarle para realizar una copia de su historia clínica.

Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si nos lo solicita, analizaremos la situación con su proveedor de atención de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber si se compartió su PHI con otras personas y cómo se hizo.

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

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



MERIDIAN (MEDICARE-MEDICAID PLAN)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.***LÉALO CUIDADOSAMENTE.*****Vigente a partir del 5/5/2023**

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al 1-855-580-1689 (TTY 711)
For help to translate or understand this, please call

1-855-580-1689 (TTY 711).

Deberes de las Entidades Cubiertas:

Meridian es una entidad cubierta conforme a las definiciones y regulaciones de la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996. Las leyes exigen que Meridian mantenga la privacidad de su información médica protegida (PHI), que se le proporcione este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI, que acepte los términos del aviso vigente y que le informe cualquier violación de la confidencialidad de esa información.

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

Meridian se reserva el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado y modificado entre en vigor para la PHI que ya tenemos, así como también para cualquier PHI que recibamos en el futuro. Meridian revisará y distribuirá de inmediato este aviso siempre que haya un cambio importante en los siguientes puntos:

- Los usos o las divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad establecidas en el aviso

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

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



Protección Interna de la PHI Oral, Escrita y Electrónica:

Meridian protege su PHI. Disponemos de procesos de privacidad y seguridad para ayudarlo.

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

- Capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Les exigimos a nuestros socios comerciales que cumplan con los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos la seguridad de nuestras oficinas.
- Comunicamos su PHI a las personas que la necesitan, solo por motivos comerciales.
- Conservamos la seguridad de su PHI cuando la enviamos o guardamos de manera electrónica.
- Utilizamos tecnología para impedir que las personas equivocadas accedan a su PHI.

Usos y Divulgaciones Permitidos de su PHI:

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

- **Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, para coordinar su tratamiento entre proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago.** Podemos utilizar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que se le hayan proporcionado. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención de salud o a otra entidad sujeta a las reglas federales de privacidad para realizar un pago. Las actividades de pago pueden incluir el procesamiento de reclamos, la determinación de la elegibilidad o la cobertura para los reclamos y la revisión de la necesidad médica de los servicios.
- **Operaciones de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir prestación de servicio al cliente, respuesta a reclamos y apelaciones, y administración de la atención y coordinación de la atención.

Además, en nuestras operaciones de atención de salud, podemos divulgar PHI a socios comerciales. Estableceremos acuerdos escritos con estos socios para proteger la privacidad de su PHI. Podemos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a las reglas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted en cuanto a las operaciones de atención de salud. Esto incluye lo siguiente:

- actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad;
- revisión de competencias o antecedentes de los profesionales de la salud;
- administración de casos y coordinación de la atención;
- detección o prevención de fraudes y abusos en la atención de salud.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



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

Otras Divulgaciones Permitidas o Necesarias de la PHI:

- **Actividades de Recaudación de Fondos.** Podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación caritativa o una entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos comunicamos con usted por las actividades de recaudación, le daremos la oportunidad de no participar o dejar de recibir dichas comunicaciones en el futuro.
- **Propósitos de Suscripción.** Podemos utilizar o divulgar su PHI con fines de suscripción, como para tomar una determinación sobre una petición o solicitud de cobertura. Si usamos o divulgamos su PHI para los propósitos de contratación, tenemos prohibido usar o divulgar su información genética en el proceso de contratación.
- **Recordatorios de Citas o Alternativas de Tratamiento.** Podemos utilizar y divulgar su PHI a fin de recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento y atención médica con nosotros o a fin de proporcionarle información sobre alternativas de tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o para adelgazar.
- **Según lo Exija la Ley.** Si las leyes federales, estatales o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, debemos usar o divulgar esta información, en la medida en que el uso o la divulgación cumplan con esa ley y esté limitado a sus fines. Si existieran diferencias entre dos o más leyes o regulaciones sobre el mismo uso o divulgación, prevalecerán las leyes o regulaciones más restrictivas.
- **Actividades de Salud Pública.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública a fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos divulgar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para asegurar la calidad, seguridad o efectividad de los productos o servicios supervisados por la FDA.
- **Víctimas de Abuso y Negligencia.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por ley para recibir dichos informes si consideramos razonablemente que se trata de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos.** Podemos divulgar su PHI en respuesta a un procedimiento judicial o administrativo. Es posible que también se nos solicite divulgar su PHI para responder a una citación, solicitud de exhibición de pruebas u otras solicitudes similares.
- **Aplicación de la Ley.** Podemos divulgar la PHI pertinente a un funcionario de aplicación de la ley cuando se nos solicite a fin de responder a un delito.
- **Forenses, Médicos Examinadores y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar su PHI a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que realicen sus actividades.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



- **Donación de Órganos, Ojos y Tejidos.** Podemos divulgar su PHI a organizaciones de procuración de órganos. También podemos divulgar su PHI a quienes trabajan en la procuración, el mantenimiento de bancos o el trasplante de órganos, ojos y tejidos cadavéricos.
- **Amenazas a la Salud y la Seguridad.** Podemos usar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para evitar o minimizar una amenaza inminente y grave para la salud o seguridad pública o de una persona.
- **Funciones Gubernamentales Especiales.** Si pertenece a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, podemos divulgar su PHI en caso de que lo soliciten las autoridades militares. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional, actividades de inteligencia; el Departamento Estatal para determinaciones de adecuación médica, la protección del Presidente; y otras personas autorizadas, según lo requiera la ley.
- **Indemnización por Accidentes y Enfermedades Laborales.** Podemos divulgar su PHI para cumplir con leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, u otros programas similares establecidos por la ley que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin importar quién es el culpable.
- **Situaciones de Emergencia.** En situaciones de emergencia, o si no está en condiciones de hacerlo o no está presente, podemos divulgar su PHI a un familiar, amigo personal cercano, una agencia autorizada de servicios de salud en casos de desastre o cualquier otra persona identificada previamente por usted. Usaremos nuestro juicio profesional y experiencia para determinar si la divulgación es conveniente para usted. Si lo es, solo divulgaremos la PHI que sea directamente pertinente a la atención que le brinda la persona.
- **Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de aplicación de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario de aplicación de la ley, cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad de la institución correccional.
- **Investigación.** En ciertas circunstancias, podemos divulgar su PHI a investigadores, siempre y cuando el estudio de investigación clínica haya sido aprobado y se hayan tomado medidas para asegurar la privacidad y protección de su PHI.

Usos y divulgaciones de su PHI que requieren su autorización por escrito

Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por los siguientes motivos:

- **Venta de la PHI.** Le solicitaremos su aprobación por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI. “Venta de PHI” significa que recibimos un pago por divulgar la PHI.
- **Comercialización.** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines comerciales con excepciones limitadas, como cuando nos comunicamos en persona con usted o cuando ofrecemos regalos promocionales de valor nominal.
- **Notas de Psicoterapia.** Solicitaremos su autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas con excepciones limitadas, como para un tratamiento determinado, pagos o funciones de operación de atención médica.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



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

Derechos de las Personas

A continuación, se describen sus derechos con relación a la PHI. Si quiere ejercer alguno de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros. Para eso, use la información que aparece al final de este aviso.

- ***Derecho a Solicitar Restricciones.*** Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, así como sobre las divulgaciones a personas que participan en su atención o en el pago de su atención, como familiares o amigos cercanos. En la solicitud, deben figurar las restricciones que solicita y a quienes se aplican. No estamos obligados a aceptar esta solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud de restricción, a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de PHI para el pago, o las operaciones de atención de salud, a un plan de salud cuando usted haya pagado de su bolsillo la totalidad del servicio o del artículo.
- ***Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.*** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por medios alternativos o en lugares alternativos. Este derecho se aplica solamente si la información pudiera ponerlo en peligro si no se comunicara por los medios alternativos o al lugar alternativo que usted quiere. Usted no tiene que explicar los motivos de su solicitud, pero debe especificar que la información podría ponerlo en peligro si no se cambiaran el medio o el lugar de comunicación. Debemos cumplir con su solicitud si es razonable y especifica los medios alternativos o el lugar alternativo al que debemos enviar su PHI.
- ***Derecho a Leer o a Obtener Copias de su PHI.*** Usted tiene derecho, con algunas excepciones limitadas, a leer u obtener copias de la PHI que se encuentra en un conjunto de expedientes designados. Puede solicitarnos que le brindemos copias en otro formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que solicite, a menos que esto no sea posible. Para obtener acceso a su PHI, debe presentar una solicitud por escrito. Si rechazamos su solicitud, se lo explicaremos por escrito y le informaremos si los motivos para el rechazo pueden ser revisados. También le informaremos cómo solicitar dicha revisión o si el rechazo no puede ser revisado.
- ***Derecho a Modificar su PHI.*** Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos o cambiemos su PHI si cree que contiene información incorrecta. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar los motivos por los que debe modificarse la información. Podemos rechazar su solicitud por ciertos motivos, por ejemplo, si nosotros no creamos la información que quiere modificar, y el creador de la PHI puede hacer la modificación. Si rechazamos su solicitud, se lo explicaremos por escrito. Puede responder con una declaración que indique que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que solicitó que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos posibles para comunicarle la modificación a los demás, incluidas las personas que usted mencione, y para incluir los cambios en las futuras divulgaciones de esa información.
- ***Derecho a Recibir un Informe de las Divulgaciones.*** Usted tiene derecho a recibir una lista de todas las oportunidades en las que nosotros o nuestros socios comerciales

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



divulgamos su PHI en los últimos 6 años. Este derecho no se aplica a la divulgación para tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud, ni a las divulgaciones que usted autorizó, ni a otras actividades determinadas. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a esas solicitudes adicionales. Le brindaremos más información sobre nuestras tarifas cuando realice la solicitud.

- **Derecho a Presentar un Reclamo.** Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad o que no hemos respetado nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros por teléfono. Para eso, use la información de contacto que aparece al final de este aviso.

Además, puede presentar un reclamo ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y la Oficina de Derechos Civiles. Para hacerlo, envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al **1-800-368-1019**, (TTY: **1-800-537-7697** o visite el sitio web de la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

NO HAREMOS NADA CONTRA USTED POR PRESENTAR UN RECLAMO.

- **Derecho a Recibir una Copia de este Aviso.** Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento mediante la lista de información de contacto que aparece al final del aviso. Si recibe este aviso a través de nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa.

AVISO DE PRIVACIDAD SOBRE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

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

Asumimos el compromiso de mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los efectos de este aviso, la información financiera personal es la información de una persona inscrita o de un solicitante de cobertura de atención de salud, que identifica a la persona, no suele ser pública y se obtiene de la propia persona o mediante la cobertura de atención de salud que se le brinda.

Recolectamos Esta Información financiera personal de las siguientes fuentes:

- información que recibimos en sus solicitudes u otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número de Seguro Social;
- información acerca de sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otros, como pago de primas e historial de reclamos;
- información de informes del consumidor.

Divulgación de Información: No divulgamos información financiera personal acerca de nuestros afiliados o exafiliados a terceros, a excepción de lo que exige o permite la ley. Por ejemplo, en el transcurso de nuestras prácticas comerciales generales, según lo que esté permitido por ley,

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



podremos divulgar la información financiera personal que recopilamos acerca de usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- nuestras filiales corporativas, como otras aseguradoras;
- compañías no afiliadas, para llevar a cabo nuestras actividades comerciales cotidianas; por ejemplo, para procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales;
- compañías no afiliadas que nos prestan servicios, los que incluyen enviar comunicaciones promocionales de parte nuestra.

Confidencialidad y Seguridad: Contamos con medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento, de acuerdo con los estándares federales y estatales aplicables, a fin de proteger su información financiera personal contra riesgos, como pérdida, destrucción o uso indebido. Estas medidas incluyen protecciones informáticas, archivos y edificios protegidos, y restricciones sobre quién puede acceder a su información financiera personal.

Información de contacto

Preguntas sobre este Aviso: Si tiene preguntas sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono. Para eso, use la información de contacto que aparece a continuación.

Meridian Medicare-Medicaid Plan

Attn: Privacy Official

1333 Burr Ridge Parkway, Suite 100
Burr Ridge, IL 60527

1-855-580-1689 (TTY 711)

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos

Como afiliado a Meridian, usted tiene derecho a recibir información de parte nuestra. Si no habla inglés, contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud. Para recibir los servicios de un intérprete, llámenos al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Este es un servicio gratuito. También podemos proporcionarle información en braille, en audio o en letra grande. Para obtener información sobre los materiales escritos en español, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Para realizar una

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o realizar una solicitud única de materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Meridian al 1-855-580-1689 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Registraremos su elección. El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si quiere obtener información acerca de cualquiera de los siguientes temas, llame al Departamento de Servicios al Afiliado:

- Información sobre cómo elegir o cambiar de planes.
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - información financiera
 - información sobre cómo hemos sido calificados por los afiliados al plan;
 - información sobre cuántas apelaciones presentaron los afiliados
 - información sobre cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluido lo siguiente:
 - información sobre cómo elegir o cambiar los proveedores de cuidado primario
 - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - información sobre cómo pagamos a los proveedores de la red
 - una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, en el *Directorio de Farmacias y Proveedores*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. También puede visitar nuestro sitio web en mmp.ILmeridian.com.
- Servicios cubiertos (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) y sobre las normas que debe seguir, que incluyen:
 - servicios y medicamentos cubiertos por el plan;
 - límites de cobertura y medicamentos
 - reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9) que incluye solicitarnos lo siguiente:
 - la presentación por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto
 - el cambio de una decisión que hayamos tomado
 - el pago de una factura que recibió

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

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red no pueden obligarlo a que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si le pagamos al proveedor menos de lo que nos cobra. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 139.

F. Su derecho a abandonar el plan

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

- Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas Medicare y Medicaid mientras cumpla con los requisitos.
- Usted tiene derecho a obtener los beneficios de Medicare a través de los siguientes medios:
 - otro Medicare-Medicaid Plan;
 - original Medicare;
 - un Medicare Advantage Plan.
- Puede obtener los beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D a través de lo siguiente:
 - otro Medicare-Medicaid Plan;
 - un plan de medicamentos recetados;
 - un Medicare Advantage Plan.
- Consulte el Capítulo 10, Sección C, página 221 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan nuevo de Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos recetados.
- Puede obtener los beneficios de Medicaid a través de lo siguiente:

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- otro Medicare-Medicaid Plan;
- Un pago por servicio de Medicaid o un plan médico de servicios y apoyo a largo plazo administrados (MLTSS, por sus siglas en inglés) a través de Medicaid

NOTA: Si usted recibe atención a largo plazo o servicios del programa de exención para servicios comunitarios y en el hogar, debe permanecer en nuestro plan o elegir otro plan para obtener sus servicios y apoyo a largo plazo.

- Para elegir un plan de salud de Servicios y Apoyo a Largo Plazo Administrados (MLTSS, por sus siglas en inglés) a través de HealthChoice Illinois, puede llamar al Departamento de Servicios de Inscripción para Clientes de Illinois, al 1-877-912-8880 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Infórmeles que quiere abandonar Meridian y afiliarse a un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois. Si no elige un plan de salud, se lo asignará al plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois de nuestra compañía. Consulte el Capítulo 10 para obtener más información.

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

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud

Usted tiene derecho a obtener toda la información de parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo. Se le debe informar con anticipación si el servicio o tratamiento forman parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Rechazar.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aun cuando su médico le recomiende que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo sacaremos del plan. Sin embargo, si rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad total de lo que le ocurra.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor rechaza la atención.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de parte nuestra si un proveedor le negó la atención que usted considera que debe recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina decisión de cobertura. El Capítulo 9, Sección F4, página 192 indica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud

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

- Completar un formulario escrito para **concederle a una persona el derecho a tomar decisiones sobre la atención de salud en su nombre.**
- **Darle instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que prefiere que ellos manejen su atención de salud si usted pierde la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede usar para dar instrucciones se denomina instrucción anticipada. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. El testamento vital y el poder notarial para atención médica son ejemplos de este tipo de documentos. Para obtener más información sobre instrucciones anticipadas en Illinois, consulte el sitio web del Departamento de Salud Pública en: www.idph.state.il.us/public/books/advin.

No tiene la obligación de utilizar una instrucción anticipada, pero puede hacerlo si lo prefiere. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede pedirle un formulario a su médico, abogado, agencia de servicios legales o trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare o Medicaid, como el Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH, por sus siglas en inglés) o el Departamento para Personas Mayores (IDoA, por sus siglas en inglés) y la Agencia del Área para Personas Mayores de Illinois pueden tener formularios de instrucciones anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere consultar a un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas que deben saber de su existencia.** Usted debe entregarle una copia del formulario a su médico. Además, debe entregarle una copia a la

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



persona que designe para tomar decisiones por usted. Es recomendable que también entregue copias a amigos cercanos o a familiares. Conserve una copia en su hogar.

- **Meridian incluirá el formulario completo en su historia clínica.** Meridian no puede exigirle, como condición de tratamiento, que complete una instrucción anticipada o que la anule.
- Si será hospitalizado y firmó una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene con usted.

Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles, y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar o no una instrucción anticipada.

G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones

Si usted ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico o un hospital no cumplieron con lo establecido allí, puede presentar un reclamo llamando a la Línea de Ayuda para la Tercera Edad, al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

H. Su derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

En el Capítulo 9, Sección C, página 169, se indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para el cambio de una decisión de cobertura o presentar un reclamo.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y los reclamos que otros afiliados hayan presentado contra nuestro plan. Si quiere obtener esta información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

H1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos

Si cree que lo han tratado injustamente y ese trato **no** está relacionado con los motivos de discriminación que se detallan en el Capítulo 11 de este manual o si quiere obtener más información acerca de sus derechos, llame a los siguientes recursos:

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- El Programa de Seguros Médicos para la Tercera Edad al 1-800-252-8966, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita. Para obtener detalles sobre esta organización, consulte el Capítulo 2, Sección E, página 26.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048. (También puede consultar o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Sus Derechos y Protecciones en Medicare) que se encuentra en el sitio web de Medicare: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- La Línea de Ayuda para la Tercera Edad, al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. TTY 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

I. Sus responsabilidades como afiliado al plan

Como afiliado al plan, tiene las responsabilidades que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

- **Lea el *Manual del Afiliado*** para obtener información sobre qué está cubierto y qué reglas debe cumplir a fin de obtener servicios y medicamentos cubiertos. A continuación, se detalla cómo obtener información adicional:
 - Servicios cubiertos: consulte el Capítulo 3, Sección A, página 36 y el Capítulo 4, Sección A, página 55. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que se deben cumplir y lo que usted paga.
 - Medicamentos cubiertos: consulte el Capítulo 5, Sección A, página 114 y el Capítulo 6, Sección A, página 133.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos que requieran receta médica que tenga.** Se nos exige asegurarnos de que usted utilice todas las opciones de cobertura cuando recibe atención de salud. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si tiene otra cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



- **Informe al médico y a otros proveedores de atención de salud** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado de Meridian cada vez que obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención de salud a brindarle la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Conozca todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus proveedores.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que usted está tomando. Esto incluye los medicamentos que requieren receta médica, los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, hágalas. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio del médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado al plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los afiliados a Meridian, Medicaid paga las primas de la Parte A y la Parte B.
 - **Si usted obtiene algún servicio o medicamento no cubiertos por el plan, debe pagar el costo total.** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 170.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe de inmediato. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
 - **Si se muda fuera del área de servicios, ya no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que vivan en nuestra área de servicios se pueden inscribir en Meridian. El Capítulo 1, Sección D, página 9 le informa sobre nuestra área de servicios.
 - Podemos ayudarlo a determinar si se mudará o no fuera del área de servicios. Durante un período de inscripción especial, puede pasarse a Original Medicare o inscribirse en un

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



plan de salud o de medicamentos que requieren receta médica de Medicare en el lugar donde se mude. Podemos informarle si tenemos un plan en el área nueva.

- Además, asegúrese de informarles a Medicare y Medicaid acerca de su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, Sección G, página 28 y la Sección H, página 29 para encontrar los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicios, también debemos estar al tanto.** Necesitamos mantener actualizado su registro de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.

Si tiene preguntas o inquietudes, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Introducción

Este capítulo le informa sobre sus derechos. Lea este capítulo para obtener información sobre cómo actuar si ocurre lo siguiente:

- Tiene un problema con el plan o un reclamo sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que el plan determinó que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó el plan sobre su atención.
- Considera que los servicios cubiertos finalizan demasiado pronto.

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

Si tiene un problema relacionado con la salud o los servicios y el apoyo a largo plazo

Usted debe recibir la atención de salud, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinan que son necesarios como parte de su plan de atención.

Si tiene un problema con su atención, puede llamar a la Línea de Ayuda para la Tercera Edad, al 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. En este capítulo, se explican las diversas opciones que usted tiene para los diferentes problemas y reclamos, pero siempre puede llamar a la Línea de Ayuda para la Tercera Edad si necesita asesoramiento sobre su problema. La Línea de Ayuda para la Tercera Edad ayudará a cualquier persona, de cualquier edad, que esté inscrita en este plan. Si quiere conocer otros recursos para abordar sus inquietudes y formas de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección J, página 31 a fin de obtener más información sobre los programas de defensoría.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema	168
A1. Acerca de los términos legales	168
B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda.....	168
B1. Dónde puede obtener más información y asistencia	168
C. Problemas relacionados con sus beneficios	169
C1. Cómo utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer un reclamo	169
D. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	170
D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones.....	170
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	171
D3. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará	172
E. Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D).....	174
E1. Cuándo utilizar esta sección	174
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura.....	175
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D).....	177
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D).....	182
E5. Problemas con pagos	187
F. Medicamentos de la Parte D	188
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D.....	188
F2. Qué es una excepción	190
F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones	191

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	192
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D.....	195
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D.....	198
G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada.....	199
G1. Información sobre sus derechos de Medicare.....	200
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	201
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital	203
G4. Qué sucede si no cumple con el plazo para una apelación	204
H. Qué hacer si considera que sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto	206
H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura.....	206
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención.....	207
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención.....	209
H4. Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1	210
I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	212
I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare	212
I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid	213
J. Cómo presentar un reclamo.....	213
J1. Qué tipos de problemas deberían ser reclamos.....	213
J2. Reclamos internos.....	215
J3. Reclamos externos.....	217

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



A. Qué debe hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica qué hacer si tiene un problema relacionado con el plan, los servicios o el pago. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso consta de una serie de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos respetar.

A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales difíciles que se utilizan para algunas de las reglas y los plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender; por lo tanto, hemos reemplazado ciertos términos legales con palabras más simples. Utilizamos la menor cantidad de abreviaturas posible.

Por ejemplo, usaremos lo siguiente:

- “hacer un reclamo” en lugar de “presentar una queja formal”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.

Debido a que el conocimiento de los términos legales apropiados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, también se los proporcionamos.

B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda

B1. Dónde puede obtener más información y asistencia

A veces, puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ocurrir si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, tal vez no tenga el conocimiento necesario para dar el paso siguiente.

Puede obtener ayuda a través de la Línea de Ayuda para la tercera edad

Si necesita ayuda, siempre puede comunicarse con la Línea de ayuda para la tercera edad. La Línea de ayuda para la tercera edad cuenta con un programa de defensoría que puede responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué debe hacer para resolver su problema. La Línea de Ayuda para la Tercera Edad no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Este programa puede ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar. El número de teléfono de la Línea de ayuda para la tercera edad es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. Puede llamar a la Línea de ayuda para la tercera edad de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada y la ayuda son gratuitas y están disponibles para usted independientemente de su edad. Consulte el Capítulo 2, Sección J, página 31 para obtener más información sobre los programas de defensoría.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Puede obtener ayuda a través del Programa de Seguros de Salud para la Tercera Edad (SHIP)

También puede llamar al Programa de Seguros de Salud para la Tercera Edad (SHIP, por sus siglas en inglés). Los asesores de SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para lidiar con su problema. Los asesores del SHIP pueden ayudarlo independientemente de la edad que tenga. El SHIP no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del SHIP es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327 y su sitio web <https://www.shiphelp.org/>. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para que lo ayuden a resolver sus problemas. A continuación, se presentan dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare, www.medicare.gov.

Cómo obtener ayuda de Medicaid

Puede llamar directamente al estado de Illinois para obtener ayuda si tiene un problema. Llame al Línea directa de beneficios de salud del Departamento de Atención de Salud y Servicios Familiares de Illinois, al 1-800-226-0768, TTY: 877-204-1012, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita.

Cómo obtener ayuda de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés)

Puede llamar a Livanta BFCC-QIO para que lo ayuden a resolver sus problemas. Llame a Livanta BFCC-QIO al 1-888-524-9900 TTY: 1-888-985-8775), de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m., hora local. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección F, página 27.

C. Problemas relacionados con sus beneficios

C1. Cómo utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones o para hacer un reclamo

Si tiene un problema o una inquietud, simplemente necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección específica de este capítulo para su problema o reclamo.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



<p>¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?</p> <p>(Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica [artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B que requieren receta está cubierta o no, sobre la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica).</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 170.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no está relacionado con los beneficios ni con la cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección J: “Cómo presentar un reclamo” en la página 213.</p>

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B que requieren receta, incluido el pago).

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos acerca de los beneficios y la cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto debemos pagar.

Si usted o su médico no saben si Medicare o Medicaid cubren un servicio, un artículo o un medicamento, ambos pueden solicitarnos una decisión de cobertura antes de que el médico le brinde el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, un artículo o un medicamento que usted necesita no están cubiertos o que ya no están cubiertos por Medicare o Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién debo llamar para obtener ayuda con las decisiones de cobertura o la presentación de una apelación?

Puede solicitarle ayuda a cualquiera de los siguientes:

- Llame al **Departamento de Servicios al Afiliado** al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Llame gratis a la **Línea Directa de Beneficios Médicos del Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois**, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La línea directa de Beneficios Médicos de Illinois ayuda a las personas inscritas en Medicaid con sus problemas. El número de teléfono es 1-800-226-0768, TTY: 1-877-204-1012.
- Llame a la **Línea de Ayuda para la Tercera Edad** para obtener ayuda gratuita de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Esta línea ayudará a cualquier persona, de cualquier edad, que esté inscrita en este plan. La Línea de Ayuda para la Tercera Edad es una organización independiente. No está relacionada con este plan. El número de teléfono es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
 - Si quiere que su médico u otro proveedor sea su representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y pida el formulario de Designación de un Representante. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://mmp.ilmeridian.com/member/benefits-coverage/tools-resources/documents-and-forms.html>. El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Tenga en cuenta que el programa de Medicare, su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación sin el formulario Designación de un Representante.
- Hable con un **amigo o con un familiar** y pídale que lo represente. Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si usted quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y pida el formulario de Designación de un Representante.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



- También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://mmp.ilmeridian.com/member/benefits-coverage/tools-resources/documents-and-forms.html>. El formulario le otorga a la persona un permiso para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- Asimismo, **tiene derecho a contratar a un abogado** para que lo represente. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Si quiere que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de un Representante.
- Sin embargo, **no se requiere que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura ni para presentar una apelación.

D3. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Hay cuatro tipos de situaciones diferentes que incluyen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Nosotros dividimos este capítulo en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema.**

- En la sección E, en la página 174 se le brinda información si tiene problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (pero **no** con medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
 - No obtiene la atención médica que quiere y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
 - Nosotros no aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere proporcionarle, y usted considera que esta atención debe estar cubierta.
 - **NOTA:** Solo recurra a la Sección E si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos que, en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como Lista de Medicamentos, se indican con “NT” **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F, en la página 187 para obtener información sobre las apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D.
 - Usted recibió atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos, pero nosotros no pagamos esta atención.
 - Usted recibió y pagó servicios o artículos médicos que pensó que estaban cubiertos y quiere solicitar que le hagamos un reembolso.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



- Se le informa que la cobertura de una atención que ha obtenido se reducirá o interrumpirá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), usted debe leer otra sección de este capítulo debido a que se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Consulte las secciones G y H, en las páginas 199 y 206.
- Su solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de cuándo podríamos rechazar su solicitud: si su solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud por usted, pero no nos ha dado pruebas de que usted aceptó permitirles hacer la solicitud o si solicita que se retire su solicitud. Si descartamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de desestimación. Esta revisión es un proceso formal que se denomina apelación.
- En la Sección F, en la página 187 se incluye información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, recurra a esta sección si ocurre lo siguiente:
 - Quiere solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Quiere solicitar que anulemos limitaciones en la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
 - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa (PA) o aprobación.
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted y su médico, u otro profesional que expide recetas, consideran que debemos hacerlo.
 - Quiere solicitar que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado. (Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago).
- En la Sección G, en la página 198, se le indica cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da el alta demasiado pronto. Consulte esta sección si ocurre lo siguiente:
 - Usted está en el hospital y considera que el médico lo da el alta demasiado pronto.
- En la Sección H, en la página 205, se le brinda información en caso de que considere que la atención médica en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada y los

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la Línea de Ayuda para la Tercera Edad, al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

E. Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

E1. Cuándo utilizar esta sección

Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas relacionados con los servicios médicos, de salud del comportamiento y de atención a largo plazo. También puede consultar esta sección si tiene problemas relacionados con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos que, en la Lista de Medicamentos, están marcados como “NT” **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F para obtener información sobre apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D.

Esta sección indica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Considera que cubrimos algún servicio médico, de salud del comportamiento o de atención a largo plazo que necesita, pero no está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2, en la página 174 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico quiere proporcionarle, y usted considera que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar la decisión del plan de no aprobar la atención. Consulte la Sección E3, en la página 176 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted recibió los servicios o artículos que considera que cubrimos, pero no los pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar la decisión del plan de no pagar. Consulte la Sección E3, en la página 176 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Usted recibió y pagó servicios o artículos que pensó que estaban cubiertos y quiere solicitar que le hagamos un reembolso por esos servicios o artículos.

Qué puede hacer: Puede solicitar que le hagamos un reembolso. Consulte la Sección E5, en la página 186 para obtener información sobre cómo solicitarnos el pago.

- Redujimos o interrumpimos su cobertura para un determinado servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio. Consulte la Sección E3, en la página 176 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Lea la Sección G [en la página 198 y la Sección H en la página 205 para obtener más información.

E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, de salud del comportamiento o de atención a largo plazo

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o médico que nos solicite que tomemos una decisión.

- Puede llamarnos al 1-855-580-1689, TTY: 711
- Puede enviarnos un fax al 1-844-409-5557.
- Puede escribirnos a la siguiente dirección:

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)
1333 Burr Ridge Parkway, Suite 100
Burr Ridge, IL 60527

¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de cobertura?

En general, puede demorar hasta 14 días corridos a partir del momento de su solicitud, a menos que haya solicitado un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B. En ese caso, le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a haber recibido su solicitud. Si no le damos nuestra decisión en un plazo de 14 días corridos (o 72 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B), puede apelar.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



A veces, necesitamos más tiempo. En ese caso, le enviaremos una carta para informarle que necesitamos hasta 14 días corridos más. En la carta se detalla por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para informarle una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

¿Puedo tener una decisión de cobertura más rápida?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, solicítenos que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos la decisión en un plazo de 72 horas (o de 24 horas para los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B).

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo. En ese caso, le enviaremos una carta informándole que necesitamos hasta 14 días corridos más. En la carta se detalla por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para informarle una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

El término legal para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

- Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura, primero llame o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la atención que quiere.
- Puede llamarnos al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. O puede enviarnos un fax al 1-844-409-5557. Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A, página 18.
- El médico o su representante también pueden llamarnos.

Estas son las reglas para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

Usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes para obtener una decisión rápida sobre la cobertura:

1. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si solicita la cobertura de artículos o servicios médicos que aún no ha recibido.** (No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si solicita el pago de servicios que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si el plazo estándar de 14 días corridos (o de 72 horas para medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B) podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales.**

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



- Si su médico considera que necesita una decisión rápida sobre la cobertura, tomaremos una automáticamente.
- Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura, sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si es necesario que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta. También utilizaremos el plazo estándar de 14 días corridos (o de 72 horas para medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B).
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, la tomaremos automáticamente.
 - En la carta también se informará cómo presentar un “reclamo rápido” en caso de que optemos por tomar una decisión de cobertura estándar, en lugar de una decisión rápida sobre la cobertura. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J, en la página 212.

Si la decisión de cobertura es “no”, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es “no”, le enviaremos una carta en la que se detallen las razones correspondientes.

- Si **rechazamos** su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. La presentación de una apelación implica que se nos solicita que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (lea la siguiente sección para obtener más información).

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos nuestra decisión si considera que hemos cometido un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación. En todos los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar a la Línea de Ayuda para la Tercera Edad al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La Línea de Ayuda para la Tercera Edad no se relaciona con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para saber si es correcta. El revisor deberá ser alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original. Cuando finalicemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si le informamos después de nuestra revisión que el servicio o artículo no está cubierto, su caso irá a una Apelación de Nivel 2.

¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante, deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por apelaciones, consulte el Capítulo 2, Sección A, página 18.
- Puede solicitarnos una apelación estándar o una apelación rápida.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede enviarnos una solicitud a la siguiente dirección:

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)
Attn: Appeals and Grievances – Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden redactar la solicitud y enviárnosla por correo o fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días corridos** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Si apela porque le informamos que un servicio de Medicaid que recibe en la actualidad se modificará o se interrumpirá, tiene **10 días corridos** para presentar la apelación si quiere continuar recibiendo el servicio de Medicaid mientras la apelación se encuentra en proceso.
- Siga leyendo esta sección para conocer el plazo que se aplica a su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- También puede solicitar una apelación llamando al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

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

¿Puede un tercero presentar una apelación en mi nombre?

Sí. Su médico, otro proveedor u otra persona pueden presentar una apelación por usted, pero primero usted debe completar un formulario de Designación de un Representante. El formulario le otorga a otra persona un permiso para actuar en su nombre.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando por usted, su solicitud de apelación será rechazada. En tal caso, tendrá derecho a que otra persona revise la denegatoria. Le enviaremos una notificación escrita en la que se le dará una explicación sobre su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

Para obtener el formulario de Designación de un Representante, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite uno, o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o nuestro sitio web en https://mmp.ilmeridian.com/content/mmp-il/en_us/member/benefits-coverage/tools-resources/documents-and-forms.html.

Si a la apelación la presenta alguien que no sea usted, en general, debemos recibir el formulario de Designación de un Representante completo antes de poder revisar la apelación.

Tenga en cuenta que el programa de Medicare, su médico u otro proveedor pueden presentar una apelación sin el formulario de Designación de un Representante.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días corridos** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son los siguientes: tiene una enfermedad grave, o le proporcionamos información incorrecta sobre los plazos para solicitar una apelación. Cuando haga su apelación, debe explicar el motivo del retraso.

NOTA: Si apela porque le informamos que un servicio de Medicaid que recibe en la actualidad se modificará o se interrumpirá, tiene **10 días corridos** para presentar la apelación si quiere continuar recibiendo el servicio de Medicaid mientras la apelación se encuentra en proceso. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?”, en la página 173 para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



¿Puedo obtener una copia de mi expediente del caso?

Sí. Solicítenos una copia gratuita llamando al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

¿Puede mi médico brindarles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que **rechazábamos** su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión original.

En caso de necesitar más información, se la podríamos solicitar a usted o a su médico.

¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 15 días hábiles desde la recepción de su apelación (o de 7 días corridos a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B). Le informaremos sobre nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días corridos más, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si decidimos que necesitamos demorar más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta un reclamo rápido, le proporcionaremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J, en la página 212.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 15 días hábiles (o de 7 días corridos desde la recepción de su apelación para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B), o antes de que finalice el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubiertos por Medicare o por Medicare y Medicaid. Se le notificará cuando esto suceda. Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubiertos solo por Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4, en la página 181.

Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de que le damos la respuesta (o de 7 días corridos desde de la recepción de su apelación para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B).

Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubiertos solo por Medicaid, la carta le informará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4, en la página 181.

¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “rápida”?

Si usted solicita una apelación rápida, le informaremos, en el plazo de las 24 horas de haber recibido su solicitud, si necesitamos más información para tomar una decisión sobre su apelación. Tomaremos una decisión sobre su apelación rápida dentro de las 24 horas de haber recibido toda la información solicitada que nos proporcione.

- Sin embargo, podemos demorar hasta 14 días corridos más, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta para explicarle por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta un reclamo rápido, le proporcionaremos una respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J, en la página 212.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 24 horas de haber recibido toda la información solicitada o al finalizar el período extendido (si demoramos más días), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubiertos por Medicare o por Medicare y Medicaid. Se le notificará cuando esto suceda. Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubiertos solo por Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4, en la página 181.

Si aceptamos en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura dentro de las 72 horas de haber tomado una decisión.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Si rechazamos en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubiertos solo por Medicaid, la carta le informará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4, en la página 181.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?

- Si el problema está relacionado con un servicio cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, sus beneficios para el servicio continuarán durante el proceso de Apelación de Nivel 1.
- Si el problema está relacionado con un servicio cubierto solo por Medicaid, sus beneficios para el servicio no continuarán, a menos que usted solicite al plan que sus beneficios continúen cuando realice la apelación. Debe presentar la apelación y solicitar la continuidad de los beneficios dentro de los 10 días corridos de haber recibido el Aviso de Denegación de Cobertura Médica. Si pierde la apelación, es posible que tenga que pagar el servicio.

E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza en el Nivel 1, ¿cuál es el paso siguiente?

- Si **rechazamos** en forma parcial o total la apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si el servicio o artículo suelen estar cubiertos por Medicare o Medicaid.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicare**, obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) apenas se complete la Apelación de Nivel 1.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicaid**, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo ante la oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado. La carta le explicará cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo que podrían estar cubiertos por **Medicare y Medicaid**, usted obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la IRE. Si también **rechazan** su apelación, puede solicitar otra Apelación de Nivel 2 ante la Oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado.

¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es la segunda apelación, que es presentada por una organización independiente que no está relacionada con el plan. Puede ser una Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) o una Oficina de Audiencias Imparciales ante el

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Estado de Medicaid. La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es un organismo gubernamental. Medicare supervisa su labor.

Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 2?

El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios de Medicaid es una audiencia imparcial ante el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial ante el estado por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días corridos** de la fecha en que enviamos la carta de decisión relacionada con su apelación de Nivel 1. En la carta que le enviemos, le informaremos dónde presentar su solicitud de audiencia.

- Si quiere solicitar una audiencia imparcial ante el estado en relación con un artículo o un servicio estándares de Medicaid, la exención para la tercera edad (Programa de atención a la comunidad; o CCP, por sus siglas en inglés) o el programa de exención para centros de apoyo residencial, presente una apelación por escrito o por teléfono:

POR CORREO	Illinois Healthcare and Family Services Bureau of Administrative Hearings Fair Hearings Section 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME AL	855-418-4421 (número de teléfono gratuito)
TTY	877-734-7429
POR FAX	312-793-2005
POR CORREO ELECTRÓNICO	HFS.FairHearings@Illinois.gov

- Si quiere solicitar una audiencia imparcial ante el estado en relación con la exención para personas con discapacidades, la exención por lesiones cerebrales traumáticas o la exención por VIH/sida (Programa de Servicios en el Hogar o HSP, por sus siglas en inglés), presente una apelación por escrito o por teléfono:

POR CORREO	Department of Human Services Bureau of Hearings 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME AL	800-435-0774 (número de teléfono gratuito)
TTY	877-734-7429

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



POR FAX	312-793-3387
POR CORREO ELECTRÓNICO	DHS.BAH@illinois.gov

La audiencia estará a cargo de un funcionario de audiencias imparciales autorizado para supervisar audiencias imparciales ante el estado.

- Recibirá una carta de la Oficina de Audiencias donde se le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. En esta carta, también se le dará información detallada sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta atentamente.
- Al menos tres días hábiles antes de la audiencia, recibirá un paquete de información de nuestro plan. Este paquete incluirá toda la evidencia que presentaremos en la audiencia. Este paquete también se enviará al funcionario de audiencias imparciales.
- Tendrá que decirle al funcionario de audiencias acerca de toda adaptación razonable que pueda necesitar.
- Si, debido a su discapacidad, usted no puede presentarse en persona en la oficina local, puede solicitar su participación por teléfono. Proporcione al personal de Audiencias el número de teléfono al cual puedan comunicarse con usted.
- Debe proporcionar toda la evidencia que presentará en la audiencia ante el funcionario de audiencias imparciales al menos tres días hábiles antes de la audiencia. Esto incluye una lista de todos los testigos que comparecerán y todos los documentos que utilizará.
- La audiencia será grabada.

Mi problema está relacionado con un servicio o artículo cubiertos por Medicare o por Medicare y Medicaid. ¿Qué ocurrirá en la Apelación de Nivel 2?

Si **rechazamos** su Apelación de Nivel 1 y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, usted obtendrá **automáticamente** una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés). La IRE revisará cuidadosamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe cambiarla.

- No necesita solicitar la Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Para solicitar una copia de su expediente, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



La IRE deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 30 días corridos desde la recepción de su apelación (o de 7 días corridos a partir de la recepción de su apelación por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de obtener los servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, la IRE puede demorar hasta 14 días corridos más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

Si tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, automáticamente deberá presentar una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas de recibida su apelación.

- Sin embargo, la IRE puede demorar hasta 14 días corridos más si necesita reunir más información que podría beneficiarlo. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, se lo informará mediante una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B.

¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 fue una audiencia imparcial ante el estado, la Oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado le enviará una carta en la que le explicará su decisión. Esta carta se denomina “Decisión Administrativa Definitiva”.

- Si la Oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica lo antes posible, según lo requiera su salud.
- Si la Oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si su Apelación de Nivel 2 va a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés), esta le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial la solicitud que usted hizo en la apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 14 días corridos desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo en un plazo de 72 horas desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial lo que solicitó en la apelación estándar por un medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B, debemos autorizar el medicamento o brindárselo en un plazo de 72 horas desde la recepción de la decisión de la IRE. Si usted presentó una apelación rápida, debemos autorizar el medicamento que requiere receta médica de Medicare Parte B o brindárselo en un plazo de 24 horas desde la fecha de recepción de la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** en forma total o parcial su solicitud, significa que está de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si rechazan mi solicitud en forma total o parcial, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su Apelación de Nivel 2va a la Oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado y usted no está de acuerdo con la decisión, no puede presentar otra apelación por el mismo tema en la oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado. La decisión solo se puede revisar a través de los Tribunales de Circuito del Estado de Illinois.

Si su Apelación de Nivel 2 va a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés), usted tal vez pueda volver a apelar en determinadas situaciones:

- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubiertos por **Medicare y Medicaid**, usted puede solicitar otra Apelación de Nivel 2 ante la Oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado. Una vez que la IRE tome su decisión, le enviaremos una carta informándole sobre su derecho a solicitar una audiencia imparcial ante el estado. Consulte la página 173 para obtener información sobre el proceso de Audiencias Imparciales ante el Estado.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo cubiertos por **Medicare o por Medicare y Medicaid**, puede apelar después del Nivel 2 solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere alcanza un determinado monto mínimo. La carta que reciba de la IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener.

Consulte la Sección I, en la página 211, para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?

Tal vez.

- Si el problema está relacionado con un servicio cubierto solo por Medicare, sus beneficios para el servicio **no** continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 ante la IRE.
- Si el problema está relacionado con un servicio cubierto solo por Medicaid, sus beneficios para el servicio continuarán si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días corridos de haber recibido la carta de decisión del plan.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Si el problema está relacionado con un servicio cubierto por Medicare y Medicaid, sus beneficios para el servicio continuarán durante el proceso de Apelación de Nivel 2 ante la IRE. Si presenta la apelación ante la oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado después de que la IRE toma su decisión y usted quiere que los servicios se presten durante el proceso de Audiencia Imparcial ante el Estado, debe solicitar que los servicios continúen y debe hacerlo dentro de los 10 días corridos de recibido el aviso de la IRE.

E5. Problemas con pagos

No permitimos que los proveedores de la red le facturen a usted los servicios y artículos cubiertos. Esto se aplica aunque le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca le exigimos que pague el saldo de una factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos” en la sección titulada “Cuando un proveedor de la red le envía una factura”. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que posiblemente usted deba solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar el pago.

¿Puedo solicitarles que me reembolsen el monto de un servicio o artículo que ya pagué?

Recuerde que, si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagarla. Sin embargo, si paga la factura, puede recibir un reembolso, siempre y cuando haya cumplido con las reglas para obtener los servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, solicita una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o el artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y comprobaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago del costo del servicio o artículo en un plazo de 60 días corridos a partir de la recepción de su solicitud. Si todavía no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de enviar el pago es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o si usted no cumplió con todas las reglas, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



¿Qué sucede si le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección E3, en la página 176. Cuando sigue estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días corridos a partir de la recepción de su apelación.
- Si nos solicita que le reembolsemos un servicio o artículo que usted ya adquirió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare o por Medicare y Medicaid, enviaremos automáticamente su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés). Se lo notificaremos a través de una carta si esto sucede.

- Si la IRE revoca nuestra decisión y establece que debemos pagarle, debemos enviarles el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días corridos. Si se **acepta** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarles el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días corridos.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.) La carta que reciba tendrá información sobre los derechos de apelación adicionales que pueda tener.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto solo por Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo (consulte la Sección E4 en la página 181).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos que requieren receta médica. En su mayoría, son medicamentos de la Parte D. Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Parte D.**

En la Lista de Medicamentos, se incluyen algunos medicamentos marcados con un símbolo “NT”. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre los medicamentos con un símbolo de “NT” siguen el proceso descrito en la Sección E en la página 173.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D?

Sí. A continuación, se presentan ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos puede solicitar que tomemos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, como la siguiente:
 - Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos del plan.
 - Solicitar que anulemos una restricción a la cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites a la cantidad de medicamento que usted puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la Lista de Medicamentos del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).

NOTA: Si en la farmacia le indican que no se podrá surtir su receta médica, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos solicita que paguemos un medicamento que requiere receta médica que ya ha comprado. Esto es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y apelaciones.

Utilice el cuadro que aparece a continuación para determinar qué sección tiene información útil para usted:

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>¿Necesita un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos o necesita que anulemos una regla o una restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede solicitar que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección F2, en la página 189. Consulte también las Secciones F3 y F4, en las páginas 190 y 191.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de la Lista de Medicamentos y considera que usted cumple con las reglas o las restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección F4, en la página 191.</p>	<p>¿Quiere solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitar que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la Sección F4, en la página 191.</p>	<p>¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento como usted lo quiere?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Vaya a la Sección F5, en la página 194.</p>

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para recibir cobertura de un medicamento que normalmente no figura en la Lista de Medicamentos o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está incluido en la Lista de Medicamentos o no está cubierto como le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”.

Al solicitar una excepción, su médico u otro profesional que expide recetas deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

A continuación, se presentan ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otro profesional que expide recetas, pueden solicitar que hagamos:

1. Que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.
 - Usted no puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que debe pagar para el medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



2. Eliminación de una restricción a nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección C, página 120).
 - Las reglas y restricciones adicionales a la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - requerir el uso de una versión genérica de un medicamento, en lugar de un medicamento de marca;
 - Obtener la aprobación del plan antes de que decidamos cubrirle el medicamento (a veces, esto se denomina “autorización previa” (PA)).
 - Requerir que pruebe primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita (a veces, esto se denomina “terapia escalonada”).
 - Aplicar límites de cantidad. Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede tener.

El término legal para solicitar la eliminación de una restricción a la cobertura de un medicamento se denomina, a veces, solicitar una “**excepción a la lista de medicamentos**”.

F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones

El médico u otro profesional que expide recetas deben informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que expide recetas debe entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Tomaremos nuestra decisión sobre la excepción con mayor rapidez si usted incluye esta información de su médico u otro profesional que expide recetas al momento de solicitar la excepción.

En general, la Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, *no* aprobaríamos su solicitud de una excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección F5, en la página 194, se le informa sobre cómo presentar una apelación en el caso de que **rechacemos** su solicitud.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



La sección siguiente le informa sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que prefiere. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden encargarse de esto. Puede llamarnos al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, el médico (u otro profesional que expide recetas) o alguien que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D, en la página 169, para obtener información sobre cómo otorgar un permiso para que otra persona actúe como su representante.
- No necesita otorgar un permiso escrito a su médico u otro profesional que expide recetas para que nos soliciten una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere solicitarnos el reembolso de un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, página 138 de este manual. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos los documentos para solicitar un reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.

Resumen: cómo solicitar una Decisión de Cobertura sobre un medicamento o un pago

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para solicitárnosla o pídale a su representante, a su médico o a otro profesional que expide recetas que la soliciten. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó en un plazo de 14 días corridos.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico o de otro profesional que expide recetas.
- Usted, el médico u otro profesional que expide recetas pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman en un plazo de 24 horas).
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



- Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo. Su médico u otro profesional que expide recetas deben proporcionarnos las razones médicas para la excepción de medicamentos. Denominamos a esto “declaración de respaldo”.
- Su médico u otro profesional que expide recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O pueden informarnos por teléfono y, luego, enviarnos por fax o por correo una declaración.

Si su salud así lo requiere, solicítenos que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura

Utilizaremos plazos estándares, salvo que acordemos utilizar plazos rápidos.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de su médico.

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

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si solicita un medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitarnos que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya compró).

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si el hecho de utilizar los plazos estándares podría causarle un daño grave a su salud o dañar la capacidad de sus funciones corporales**.

Si el médico u otro profesional que expide recetas nos informan que su salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente aceptaremos tomarla y se lo informaremos en una carta.

- Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin el respaldo de su médico o de otro profesional que expide recetas), nosotros decidiremos si tomaremos una decisión rápida sobre la cobertura o no.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura, en su lugar, utilizaremos los plazos estándares.
 - Le enviaremos una carta para informárselo. La carta le informará cómo presentar un reclamo acerca de nuestra determinación de tomar una decisión estándar.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



- Usted puede presentar un reclamo rápido y obtener una respuesta a el reclamo en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J, en la página 212.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. O si solicita una excepción, esta debe hacerse 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico o profesional que expide recetas que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos brindarle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o de la declaración del médico o del profesional que expide recetas que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que usted aún no ha recibido

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta en 72 horas después de que hayamos recibido su solicitud. O, si solicita una excepción, esta debe hacerse 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico o profesional que expide recetas. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud o, si solicita una excepción, de la declaración de respaldo de su médico o el profesional que expide recetas.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días corridos desde de la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, le haremos el pago en un plazo de 14 días corridos.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**. En la carta también se le informará cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para empezar una apelación, usted, su médico u otro profesional que expide recetas, o su representante deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Si solicita una apelación estándar, puede hacerlo por escrito. También puede solicitar una apelación por teléfono al 1-855-580-1689 (TTY: 711).
- Si quiere una apelación rápida, puede presentarla por escrito o por teléfono.
- Presente su apelación **en un plazo de 60 días corridos** a partir de la fecha en la que le enviemos el aviso para informarle nuestra decisión. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar la apelación. Por ejemplo, entre los buenos motivos para no cumplir con el plazo se encuentra el caso de tener una enfermedad grave que no le permitió comunicarse con nosotros, o si la información que le proporcionamos sobre los plazos para solicitar una apelación es incorrecta o está incompleta.

Resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico, el profesional que expide recetas o su representante pueden redactar la solicitud y enviárnosla por correo o fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días corridos** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Usted, su médico u otro profesional que expide recetas, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Lea este capítulo para saber si reúne los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información de su apelación. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D es “**redeterminación**” del plan.

Si lo quiere, usted y su médico, u otro profesional que expide recetas, pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si apela una decisión tomada por el plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y el médico, u otro profesional que expide recetas, deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para una decisión rápida sobre la cobertura, que figuran en la Sección F4 en la página 191.

El término legal para “apelación rápida” es “**redeterminación acelerada**”.

El plan revisará su apelación y le informará sobre nuestra decisión

- Volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico, u otro profesional que expide recetas, para obtener más información. El revisor deberá ser alguien que no haya tomado la decisión de cobertura original.

Plazos para una apelación rápida

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación, o antes si su salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta antes de transcurridas las 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud, debemos brindar la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**.

Plazos para una apelación estándar

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 7 días corridos desde la recepción de su apelación o antes si su salud así lo requiere, excepto si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró. Si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días corridos desde la recepción de su apelación. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación rápida.
- Si no tomamos una decisión dentro de los 7 días corridos o 14 días corridos si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** en forma total o parcial su solicitud:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero, a más tardar, a los 7 días corridos desde la recepción de su apelación o a los 14 días corridos si nos solicitó el reembolso por un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud para el reembolso de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días corridos desde la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué la **rechazamos** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si presenta otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito. La carta que le enviemos sobre la decisión en la Apelación de Nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación ante la IRE, les enviaremos su expediente del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso. Para ello, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la IRE para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que le explicará su decisión.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si quiere que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar su solicitud de apelación por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días corridos** a partir de la fecha de la decisión que está apelando. Si no cumple con este plazo por un buen motivo, aún podrá apelar.
- Usted, un médico u otro profesional que expide recetas, o su representante pueden presentar la Apelación de Nivel 2.
- Lea esta sección para asegurarse de que cumpla con los requisitos para solicitar una decisión rápida. Léala también para obtener información sobre los plazos para tomar una decisión.

El término legal para una apelación a la IRE sobre un medicamento de la Parte D es “reconsideración”.

Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) una apelación rápida.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Si la IRE autoriza una apelación rápida, debe responder a su Apelación de Nivel 2 en el plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** su solicitud total o parcialmente, debemos autorizar o entregar la cobertura del medicamento en un plazo de 24 horas posteriores a obtener la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) debe responder su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario a partir de la recepción de su apelación o de 14 días corridos si nos solicitó que le reembolsáramos el pago de un medicamento que ya compró.
- Si la IRE **acepta** su solicitud total o parcialmente, debemos autorizar o entregar la cobertura del medicamento en un plazo de 72 horas posteriores a obtener la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud para el reembolso de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días corridos a partir de la recepción de la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su Apelación de Nivel 2?

Rechazar significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

Si quiere pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor en dólares mínimo. Si el valor en dólares es menor que el monto mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de Nivel 3. La carta que reciba de la IRE le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada

Cuando se lo admite en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán junto con usted para prepararlo para el día del alta. También lo ayudarán a coordinar cualquier atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que deja el hospital se denomina “fecha de alta”.
- El médico o el personal del hospital le comunicarán cuándo es su fecha de alta.

Si considera que debe dejar el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



G1. Información sobre sus derechos de Medicare

En el plazo de dos días a partir de su admisión en el hospital, un asistente social o un enfermero le entregarán un aviso denominado Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no comprende. El Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos le informa sobre sus derechos como paciente internado en un hospital, entre los que se incluyen los siguientes:

- Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a conocer de qué se tratan esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Participar en la toma de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
- Conocer dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que se le da el alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. La firma en este aviso **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puede haberle informado su médico o el personal del hospital.

Conserve su copia del aviso firmado, de manera que tenga la información si la necesita.

- Para leer una copia de este aviso por adelantado, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si es necesario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o a Medicare, a los números que se detallan más arriba.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si quiere que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un tiempo más prolongado, debe presentar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad realizará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para determinar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted. En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta BFCC- QIO.

Si quiere presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta BFCC- QIO al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Llame de inmediato

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital y antes de su fecha de alta planificada. El aviso “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos” contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- **Si usted llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin tener que pagar mientras espera que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tome la decisión sobre su apelación.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que tenga que pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- **Si no cumple con el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección G4, en la página 203.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de la fecha de alta planificada.

Queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar a la Línea de Ayuda para la Tercera Edad, al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. (TTY: 1-888-206-1327). La llamada y la ayuda son gratuitas.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

Solicite una revisión rápida

Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una revisión rápida significa que usted solicita a la organización que utilice los plazos rápidos para una apelación, en lugar de utilizar los plazos estándares.

El término legal para “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar luego de la fecha de alta planificada. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Los revisores leerán su expediente médico, hablarán con el médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- A más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en la que los revisores nos hayan informado sobre su apelación, usted recibirá una carta que le informará su fecha de alta planificada. La carta explicará los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto que se le dé el alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito se denomina “**Aviso Detallado de Alta**”.

Puede recibir una copia si llama al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una copia del aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, nosotros deberemos seguir cubriendo los servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada. Si esto ocurre, nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces es posible que tenga que pagar el costo total de la continuidad de la hospitalización. El costo de la atención hospitalaria que usted podría tener que pagar comienza al mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Deberá comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días corridos** a partir del día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta BFCC- QIO. Puede comunicarse con Livanta BFCC-QIO al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días corridos a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite otra revisión.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos continuar proporcionándole cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y, posiblemente, se apliquen limitaciones en la cobertura.

¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y que no la cambiará. La carta que usted reciba le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta planificada.

G4. Qué sucede si no cumple con el plazo para una apelación

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra forma de presentar apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2 denominada Apelaciones Alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Apelación Alternativa de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (que es de 60 días o antes de su fecha de alta planificada, lo que ocurra primero), puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una revisión rápida. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir de su solicitud de una revisión rápida.

Resumen: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite una revisión rápida de su fecha de alta hospitalaria.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que usted aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos su revisión rápida**, implica que su fecha de alta planificada fue médicamente adecuada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que haya recibido después de esa fecha.
- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al **rechazar** su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Esto significa que su caso pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación Alternativa de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos acerca de nuestra decisión del Nivel 1. Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección J, en la página 212 se indica cómo presentar un reclamo.

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión de **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con la apelación sobre su alta hospitalaria.

Resumen: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Si la IRE **acepta** su apelación, nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted haya recibido desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada fue médicamente adecuada.
- La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez.

H. Qué hacer si considera que sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto

Esta sección se refiere a los siguientes tipos de atención únicamente:

- Servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que los necesita.
 - Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finalice la cobertura de esta atención, nosotros interrumpiremos el pago de su atención.

Si considera que finalizamos la cobertura de la atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que interrumamos el pago de su atención. Esto se denomina Aviso de No Cobertura de Medicare. En la notificación por escrito se informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Usted o su representante deberán firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió. Esto **no** significa que usted está de acuerdo con el plan en que es el momento de interrumpir la atención que está recibiendo.

Cuando finalice su cobertura, interrumpiremos el pago.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de iniciar la apelación, queremos asegurarnos de que comprende lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. En la sección J, en la página 213, se le indica cómo presentar un reclamo).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede llamar a la Línea de Ayuda para la Tercera Edad, al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si debemos cambiar la decisión que tomamos. En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta BFCC_QIO. Puede comunicarse con Livanta BFCC_QIO llamando al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). También encontrará información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en el Aviso de No Cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le informamos que íbamos a dejar de cubrir su atención.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-88-985-8775) y solicite una “apelación por vía rápida”.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le esté brindando atención y antes de la fecha de alta planificada.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare.

¿Qué debe solicitar?

Solicíteles que realicen una “apelación por vía rápida”. Esta es una revisión independiente de si es médicamente adecuado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es el plazo para comunicarse con esta organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día posterior a la recepción del aviso escrito que le indica cuándo se interrumpirá la cobertura de su atención.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más información sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección H4, en la página 210.

El término legal para el aviso escrito es “**Aviso de No Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. También puede comunicarse al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una copia en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNL.

¿Qué sucede durante una revisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo prefiere.
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe escribirles una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en la que explique por qué los servicios deberían terminar.
- Los revisores también leerán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el plan les haya proporcionado.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- **En el plazo de un día completo después de que los revisores tengan toda la información necesaria, le informarán su decisión.** Usted recibirá una carta en la que se le explicará la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué sus servicios deberían finalizar es **“Explicación Detallada de No Cobertura”**.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces nosotros debemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, entonces su cobertura finalizará en la fecha que se le informó. Interrumpiremos el pago de la parte que nos corresponde de los costos de esa atención.
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces tendrá que pagar el costo total de esa atención.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechazó** su apelación **y** usted elige continuar recibiendo atención después de que la cobertura para la atención haya finalizado, puede presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverá a analizar la decisión que tomó en el Nivel 1. Si ellos están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta BFCC- QIO. Puede comunicarse con Livanta BFCC-QIO al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días corridos** a partir del día en el que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar, en detalle, toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará su decisión en un plazo de 14 días corridos a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan cubra su atención por más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775) y solicite otra revisión.

Llame antes de dejar la agencia o el centro que le esté brindando atención y antes de la fecha de alta planificada.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos rembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Deberemos continuar proporcionándole cobertura para su atención durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que acepta la decisión que tomó en relación con la Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- La carta que usted reciba le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

H4. Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1

Si no cumple con los plazos de las apelaciones, existe otra forma de presentar apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2 denominada "Apelaciones Alternativas". Pero los primeros dos niveles de apelaciones son diferentes.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Apelación Alternativa de Nivel 1 para continuar con su atención por más tiempo

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros en la que solicite una revisión rápida. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Resumen: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite una revisión rápida.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre el cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o la atención que recibe en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Verificamos si la decisión sobre cuándo deben finalizar sus servicios fue justa y cumplió con todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle la respuesta a esta revisión. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo de 72 horas desde su solicitud de una revisión rápida.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios durante todo el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, significa que interrumpir la prestación de sus servicios fue médicamente adecuado. Nuestra cobertura finalizará a partir del día en el que le informamos que finalizaría la cobertura.

Si continúa recibiendo servicios después del día en el que le informamos que se interrumpirían, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas al **rechazar** su apelación rápida, debemos enviar su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Esto significa que su caso pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación Alternativa de Nivel 2 para continuar con su atención por más tiempo

Enviaremos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos acerca de nuestra decisión del Nivel 1. Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección J, en la página 213 se indica cómo presentar un reclamo.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE revisa nuestra decisión de **rechazar** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse la decisión que tomamos.

- La IRE realiza una revisión rápida de su apelación. En general, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán en detalle toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que interrumpir la cobertura de los servicios fue médicamente adecuado.

Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que continúe con su atención

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

La carta que usted reciba de la IRE le indicará qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3 , que está a cargo de un juez.

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a pasar a otros niveles de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de Revisión Independiente le indicará qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés). La persona que toma la decisión sobre una apelación de Nivel 3 es un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. Si quiere que un juez o un abogado mediador revise su caso, el artículo o el servicio médico que usted solicita deberán alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar que un juez o un abogado mediador vea su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Si no está de acuerdo con la decisión de este juez o abogado mediador, puede acudir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Posteriormente, podrá tener el derecho a solicitar a un tribunal federal que analice su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Línea de Ayuda para la Tercera Edad al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. (TTY: 1-888-206-1327). La llamada y la ayuda son gratuitas.

I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid

También tiene más derechos de apelación si su apelación está relacionada con servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Medicaid.

Una vez concluida su Apelación de Nivel 2 en la Oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado, recibirá una decisión por escrito denominada Decisión administrativa definitiva. Esta decisión es tomada por el director de la agencia según recomendaciones del funcionario de audiencias imparciales. La Oficina de Audiencias enviará la decisión por escrito a usted y a todas las partes interesadas. Esta decisión solo puede ser revisada a través de los tribunales de circuito del estado de Illinois. El plazo que permitirá el tribunal del circuito para la presentación de dicha revisión puede ser de tan solo 35 días a partir de la fecha de la decisión administrativa definitiva.

J. Cómo presentar un reclamo

J1. Qué tipos de problemas deberían ser reclamos

El proceso de presentación de reclamos se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas, como aquellos relacionados con la calidad de la atención, los plazos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de presentación de reclamos.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Reclamos sobre la calidad

- Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Reclamos sobre la privacidad

- Usted considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención de salud o el personal se comportaron de manera ofensiva o irrespetuosa con usted.
- El personal de Meridian lo trató mal.
- Considera que lo están desvinculando del plan.

Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de atención de salud e instalaciones del consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda las adaptaciones razonables que usted necesita, como un Intérprete de Lenguaje de Señas estadounidense.

Reclamos sobre los plazos de espera

- Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o el Departamento de Servicios al Afiliado u otro personal del plan lo hicieron esperar mucho tiempo.

Reclamos sobre la limpieza

- Usted considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Reclamos sobre el acceso a servicios de idiomas

- Su médico o proveedor no le ofrece los servicios de un intérprete durante su cita.

Resumen: Cómo presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo interno ante nuestro plan o un reclamo externo ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios al Afiliado o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan los reclamos externos. Si quiere obtener más información, lea la Sección J3, en la página 217.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Usted considera que no le proporcionamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Usted considera que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.

Reclamos sobre los plazos para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Usted cree que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación.
- Usted cree que, luego de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio, o hacerle el reembolso por ciertos servicios médicos.
- Usted cree que no enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) a tiempo.

El término legal para un “reclamo” es “queja formal”.

El término legal para “hacer un reclamo” es “presentar una queja formal”.

¿Hay diferentes tipos de reclamos?

Sí. Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Los reclamos internos se presentan ante nuestro plan, y este es el encargado de revisarlos. Los reclamos externos se presentan ante una organización que no está afiliada a nuestro plan, y esa organización los revisa. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externa, puede llamar a la Línea de Ayuda para la Tercera Edad al 1-800-252-8966 (TTY: 1-888-206-1327), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La llamada y la ayuda son gratuitas.

J2. Reclamos internos

- Para realizar un reclamo interno, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Puede presentar el reclamo en cualquier momento, a menos que esté relacionada con un medicamento de la Parte D. Si el reclamo está relacionado con un medicamento de la Parte D, debe presentarla **en un plazo de 60 días corridos** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar el reclamo.
- Si hay algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios al Afiliado se lo comunicará.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ilmeridian.com.



- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si nos presenta su reclamo por escrito, le responderemos de la misma manera. Puede presentar una queja (reclamo) por escrito, por correo o por fax. Envíe su solicitud a:

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)
Attn: Appeals and Grievances – Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
St. Louis, MO 63105
Fax: 1-844-273-2671.

- Una queja acelerada (reclamo rápido) se resuelve en 24 horas. Puede solicitar una queja acelerada si no está de acuerdo con nuestra decisión de procesar su solicitud o apelación acelerada dentro de los plazos normales.
- Generalmente, una queja estándar (reclamo) se resuelve en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibimos su solicitud, a menos que su salud o afección requieran una respuesta más rápida. Si se requiere información adicional o si solicita una extensión, podemos extender el plazo hasta 14 días. Un coordinador de quejas se comunicará con usted o con su representante para informarle la resolución. Si no estamos de acuerdo con su queja en su totalidad o en parte, nuestra decisión por escrito explicará los motivos por los que no estamos de acuerdo y le informará sobre las opciones de resolución de conflictos que pueda tener.

El término legal para “reclamo rápido” es “queja acelerada”.

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por un reclamo, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días corridos. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días corridos más (44 días corridos en total) para responder a su reclamo. Le informaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si hace un reclamo porque rechazamos una solicitud de decisión rápida sobre la cobertura o de apelación rápida, lo pasaremos automáticamente al proceso de reclamo rápido y le responderemos en un plazo de 24 horas.
- Si hace un reclamo porque usamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o de apelación, lo pasaremos automáticamente al proceso de reclamo rápido y le responderemos en un plazo de 24 horas.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Si no estamos de acuerdo con una parte o con la totalidad de su reclamo, le comunicaremos las razones. Responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

J3. Reclamos externos

Puede presentar su reclamo ante Medicare

Puede enviar su reclamo a Medicare. El Formulario de Reclamos de Medicare está disponible en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma muy en serio sus reclamos y usa esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene otros comentarios o inquietudes, o si siente que el plan no le brinda una respuesta a su problema, llame 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 sobre su reclamo al Departamento de Atención de Salud y Servicios Familiares de Illinois

Para presentar un reclamo ante el Departamento de Atención de Salud y Servicios Familiares de Illinois, envíe un correo electrónico a Aging.HCOProgram@illinois.gov.

Puede presentar un reclamo ante la Office for Civil Rights

Puede presentar un reclamo ante la Office for Civil Rights del Department of Health and Human Services si usted considera que no lo trataron de forma justa. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre el acceso para personas con alguna discapacidad o sobre los servicios de asistencia de idiomas. El número de teléfono de la Office for Civil Rights es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

O puede comunicarse con su Office for Civil Rights local en la siguiente dirección:

Dirección:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

233 N. Michigan Ave, Suite 240

Chicago, IL 60601

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Información de Contacto del Centro de Respuesta al Cliente:

Teléfono: 1-800-368-1019.

TTY: 1-800-537-7697.

Fax: 1-202-619-3818.

Es posible que también tenga derechos en virtud de la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades y la Ley de Derechos Humanos de Illinois. Puede comunicarse con la Línea de Ayuda para la Tercera Edad para recibir ayuda. Puede hacerlo de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., al 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

Puede presentar un reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su reclamo es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si así lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentar su reclamo ante nosotros).
- O puede presentar su reclamo ante nosotros **y** ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su reclamo.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud en actividad, a los que el Gobierno federal les paga para supervisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2, Sección F, página 27.

En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta BFCC- QIO. El número de teléfono de Livanta BFCC_QIO es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Capítulo 10: Cómo cancelar la inscripción a nuestro Medicare-Medicaid Plan

Introducción

Este capítulo le informa cuándo y cómo puede cancelar la inscripción a nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud luego de abandonar el plan. Si abandona nuestro plan, permanecerá en los programas Medicare y Medicaid mientras cumpla con los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Cuándo puede cancelar la inscripción a nuestro Medicare-Medicaid Plan.....	220
B. Cómo cancelar la inscripción a nuestro plan.....	221
C. Cómo afiliarse a otro Medicare-Medicaid Plan.....	221
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado.....	222
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare.....	222
D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid.....	224
E. Siga obteniendo sus artículos y servicios médicos, y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su afiliación.....	224
F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su afiliación.....	225
G. Restricciones para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud.....	226
H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su afiliación a nuestro plan.....	226
I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan.....	226

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



A. Cuándo puede cancelar la inscripción a nuestro Medicare- Medicaid Plan

Puede solicitar la cancelación de su afiliación a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro Medicare Advantage Plan, inscribiéndose en otro Medicare-Medicaid Plan o cambiándose a Original Medicare.

Si quiere volver a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado:

- Su afiliación se cancelará el último día del mes en el que el Departamento de Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois o Medicare reciban su solicitud de cambio de plan. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si el Departamento de Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois o Medicare reciben su solicitud el 18 de enero, la nueva cobertura comenzará el 1.º de febrero.

Si quiere cambiarse a otro Medicare-Medicaid Plan:

- Si solicita el cambio de plan antes del día 18 del mes, su afiliación se cancelará el último día de ese mismo mes. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si el Departamento de Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois recibe su solicitud el 6 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1.º de septiembre.
- Si solicita el cambio de plan después del día 18 del mes, su afiliación se cancelará el último día del mes siguiente. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes que sigue. Por ejemplo, si el Departamento de Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois recibe su solicitud el 24 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1.º de octubre.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- opciones de Medicare, en el cuadro de la Sección D, página 222;
- servicios de Medicaid en la Sección, página 224.

Puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar la inscripción llamando a los siguientes números:

- Departamento de Servicios de Inscripción para Clientes de Illinois, al 1-877-912-8880 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.
- Programa de Seguros de Salud para la Tercera Edad (SHIP, por sus siglas en inglés), al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5, Sección G3, página 130 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar la inscripción a nuestro plan

Si decide cancelar la inscripción, infórmeles a Medicaid o a Medicare que quiere abandonar Meridian:

- Llame al Departamento de Servicios de Inscripción para Clientes de Illinois, al 1-877-912-8880 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576; **O**
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048 Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si abandona nuestro plan en el cuadro de la página 222.

C. Cómo afiliarse a otro Medicare-Medicaid Plan

Si quiere seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos a través de un solo plan, puede inscribirse en un Medicare-Medicaid Plan diferente.

Para inscribirse en un Medicare-Medicaid Plan diferente haga lo siguiente:

- Llame al Departamento de Servicios de Inscripción para Clientes de Illinois, al 1-877-912-8880 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Infórmeles que quiere abandonar Meridian y afiliarse a otro Medicare-Medicaid Plan. Si no está seguro de a qué plan quiere afiliarse, pueden informarle sobre otros planes en su área.
- Si el Departamento de Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois recibe su solicitud antes del día 18 del mes, su cobertura de Meridian se cancelará el último día de ese mismo mes. Si el Departamento de Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois recibe su solicitud después del día 18 del mes, su cobertura de Meridian se

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



cancelará el último día del mes siguiente. Consulte la Sección A anterior para obtener más información sobre cuándo puede cancelar la inscripción.

D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en otro Medicare-Medicaid Plan luego de abandonar Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP, por sus siglas en inglés), volverá a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado.

D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Usted podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Un Medicare Health Plan, como un Medicare Advantage Plan o un Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (PACE).</p> <p>Esta tabla continúa en la página siguiente</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Seguros de Salud para la Tercera Edad (SHIP, por sus siglas en inglés) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas. <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
---	---

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



<p>(continuación)</p> <p>2. Puede cambiarse a: Un plan Original Medicare con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Seguros de Salud para la Tercera Edad (SHIP, por sus siglas en inglés) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas. <p>Se cancelará automáticamente su afiliación a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>A Original Medicare sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</p> <p>NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no quiere hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Seguros de Salud para la Tercera Edad (SHIP, por sus siglas en inglés), al 1-800-252-8966. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Seguros de Salud para la Tercera Edad (SHIP, por sus siglas en inglés) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas. <p>Se cancelará automáticamente su membresía a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid

Si abandona el Medicare-Medicaid Plan, recibirá los servicios de Medicaid a través del sistema de pago por servicio, o bien deberá inscribirse en el programa de Servicios y Apoyo a Largo Plazo Administrados (MLTSS, por sus siglas en inglés) de HealthChoice Illinois para recibir los servicios de Medicaid.

Si no se encuentra en un centro de enfermería o inscrito en una Exención de Servicios en el Hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés), recibirá sus servicios de Medicaid a través del pago por cada servicio. Puede utilizar cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes.

Si usted se encuentra en un centro de enfermería o está inscrito en un programa de exención de servicios comunitarios y en el hogar (HCBS, por sus siglas en inglés), deberá inscribirse en el programa de MLTSS de HealthChoice Illinois para recibir los servicios de Medicaid.

Para elegir un plan de salud de MLTSS a través de HealthChoice Illinois, puede llamar al Departamento de Servicios de Inscripción para Clientes de Illinois, al 1-877-912-8880 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Infórmeles que quiere abandonar Meridian y afiliarse a un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.

Si no escoge un plan de salud de servicios y apoyo a largo plazo (MLTSS, por sus siglas en inglés) administrado por HealthChoice Illinois, se lo asignará al plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois de nuestra empresa.

Una vez que esté inscrito en un plan de salud de MLTSS administrado por HealthChoice Illinois, tendrá 90 días para cambiarse a otro plan de salud de MLTSS administrado por HealthChoice Illinois.

Recibirá una nueva tarjeta de identificación de afiliado, un nuevo *Manual del Afiliado* e información sobre cómo acceder al *Directorio de Farmacias y Proveedores* de su plan médico de MLTSS de HealthChoice Illinois.

E. Siga obteniendo sus artículos y servicios médicos, y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que se cancele su afiliación

Si abandona Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP), puede pasar un tiempo hasta que se cancele su membresía y comience la nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Durante este tiempo, siga recibiendo sus medicamentos recetados y atención médica a través de nuestro plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- **Utilice nuestras farmacias de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de compra por correo para surtir sus recetas.**

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- **Si usted es hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP), nuestro plan cubrirá su internación hasta que reciba el alta.** Esto será así aunque su nueva cobertura de la salud entre en vigor antes de que reciba el alta.

F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su afiliación

Estos son los casos en los que Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) debe cancelar su membresía al plan:

- Si se interrumpe su cobertura de Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no reúne los requisitos para Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid. Si ya no califica, el estado de Illinois cancelará de forma automática su inscripción en Meridian.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicios.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicios durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro del área de servicios de nuestro plan.
- Si va a la cárcel.
- Si miente u oculta información acerca de otro seguro que tenga para los medicamentos que requieren receta médica.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no tiene residencia legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en los Estados Unidos para afiliarse a nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no reúne los requisitos para permanecer afiliado según esta disposición.
 - Debemos cancelar la inscripción si usted no cumple con este requisito.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos permiso de Medicare y Medicaid:

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y la información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente en forma perturbadora y nos dificulta brindarles atención médica a usted y a otros afiliados a nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de ID (por sus siglas en inglés) de afiliado para obtener atención médica.
 - Si cancelamos su afiliación por esta razón, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.

G. Restricciones para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud

Si considera que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un tema relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También debe llamar a la Línea Directa de Beneficios de Salud del Departamento de Atención de Salud y Servicios Familiares de Illinois, al 1-800-226-0768 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.

H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su afiliación a nuestro plan

Si cancelamos su afiliación a nuestro plan, debemos explicarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar la inscripción. También puede consultar el Capítulo 9, Sección J, página 213 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su afiliación al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar la inscripción, puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo describe los avisos legales que se aplican a su afiliación a Meridian. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Aviso sobre leyes	228
B. Aviso de No Discriminación.....	228
C. Aviso sobre Meridian como pagador secundario	229
C1. Derecho de subrogación de Meridian.....	229
C2. Derecho de reembolso de Meridian.....	229
C3. Sus responsabilidades.....	229
D. Confidencialidad del paciente y aviso sobre prácticas de privacidad	230
E. Contratistas independientes.....	230
F. Coordinación de beneficios.....	231
G. Responsabilidad de terceros.....	231
H. Fraude al plan de atención de salud	232
I. Circunstancias que van más allá del control de Medicare-Medicaid Plan (MMP).....	232

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del Afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este manual. Las leyes más importantes que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales o estatales.

B. Aviso de No Discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajen con Medicare y Medicaid deben obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o de un trato injusto. No discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su edad, experiencias en reclamos, color, etnia, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicios, estado de salud, historial médico, discapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión, sexo u orientación sexual.

Si quiere obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a la Office for Civil Rights del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Comunicarse con la Office for Civil Rights local.

Dirección:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave, Suite 240
Chicago, IL 60601

Información de contacto del Centro de respuesta al cliente:

Teléfono: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
Fax: 1-202-619-3818

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención de salud o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios al Afiliado puede ayudarlo.

C. Aviso sobre Meridian como pagador secundario

En ocasiones, un tercero debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidentes y enfermedades laborales deben pagar primero.

Meridian tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos cuando otra persona tiene que pagar primero.

C1. Derecho de subrogación de Meridian

La subrogación es el proceso por el cual Meridian recibe de otra aseguradora la totalidad o una parte del costo de su atención de salud. Entre los ejemplos de otras aseguradoras se incluyen los siguientes:

- su seguro de automóvil o de vivienda;
- el seguro de automóvil o de vivienda de una persona que le provocó la lesión o enfermedad;
- indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

Si una aseguradora que no sea Meridian debe pagar los servicios relacionados con una lesión o enfermedad, Meridian tiene derecho a solicitarle el pago a dicha aseguradora. A menos que la ley exija lo contrario, la cobertura de Meridian conforme a esta póliza será secundaria cuando otro plan, incluido otro plan de seguro, le brinda cobertura por servicios de atención de salud.

C2. Derecho de reembolso de Meridian

Si usted recibe dinero de un juicio o arreglo por una lesión o enfermedad, Meridian tiene derecho a solicitarle la devolución del monto que pagamos por el costo de los servicios cubiertos. No podemos hacer que nos pague un monto de dinero mayor que el que obtuvo en el juicio o arreglo.

C3. Sus responsabilidades

Como afiliado a Meridian, usted acepta lo siguiente:

- informarnos acerca de todo evento que afecte los derechos de subrogación o reembolso de Meridian;
- colaborar con Meridian cuando le pidamos información y ayuda con la coordinación de beneficios, la subrogación o el reembolso;
- firmar documentos para ayudar a Meridian con sus derechos a la subrogación y el reembolso;

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



- autorizar a Meridian a investigar, solicitar y divulgar la información necesaria para llevar a cabo la coordinación de beneficios, la subrogación y el reembolso en la medida en que la ley lo permita;
- pagar a Meridian todos los montos recuperados en un juicio, un arreglo o de alguna otra manera de un tercero o su aseguradora, en la medida de los beneficios proporcionados por la cobertura, hasta alcanzar el valor de dichos beneficios.

Si usted no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que pagarnos los costos contraídos por nosotros en la ejecución de nuestros derechos en virtud de este plan, incluidos los honorarios de abogados.

D. Confidencialidad del paciente y aviso sobre prácticas de privacidad

Nos aseguraremos de que toda la información, los registros, los datos y las porciones de datos relacionados con usted y utilizados por nuestra organización y nuestros empleados, subcontratistas y asociados comerciales estarán protegidos de la divulgación no autorizada, en virtud del capítulo 305, secciones 5/11-9, 11-10 y 11-12 de los Estatutos Compilados de Illinois (ILCS, por sus siglas en inglés); la sección 654(26) del título 42 del Código de los Estados Unidos (USC, por sus siglas en inglés); la parte 431, subparte F, del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés); la parte 160 del título 45 del CFR; y la parte 164, subpartes A y E, del título 45 del CFR.

La ley nos exige entregarle un aviso donde se describa de qué manera su información médica puede usarse y divulgarse, y cómo puede obtener esta información. Revise atentamente este Aviso de Prácticas de Privacidad. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad se puede consultar en <https://mmp.ILmeridian.com/privacy-policy.html> o en el enlace "Notice of Privacy Practices" (Aviso de Prácticas de Privacidad) en la parte inferior de nuestra página web en mmp.ILmeridian.com. Consulte el Capítulo 8, Sección C2, página 149 para obtener más información sobre nuestra Política de privacidad.

E. Contratistas Independientes

La relación entre Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) y los proveedores participantes contratados es la de los contratistas independientes. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) Health Plan y ni Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) ni ningún empleado de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso se tomará ninguna medida para establecer una relación de empleador/empleado o principal/agente, o ninguna relación fiduciaria u

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



de otro tipo que no sea la de partes independientes entre las que se celebra un contrato. Los proveedores participantes son los únicos responsables de cualquier acto de negligencia, maltrato, desagravio, incumplimiento o cualquier otro acto u omisión ilícita. Los médicos participantes, y no Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP), mantienen una relación médico-paciente con el afiliado. Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) no es proveedor de atención médica.

F. Coordinación de Beneficios

En caso de que usted tenga derecho a recibir beneficios conforme a este Manual del Afiliado y también tenga derecho a recibir beneficios en virtud de cualquier otro contrato público o privado, o de cobertura de atención médica, como una póliza de seguro de automóviles o de viviendas, los beneficios no están disponibles conforme a este Manual del Afiliado, a menos que se hayan agotado los otros beneficios o las pólizas de seguro del plan de salud. Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) coordinará con otros planes de beneficios de atención médica de acuerdo con las leyes estatales y federales.

G. Responsabilidad de Terceros

Cada vez que Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) le paga a usted o a otra persona en su nombre los servicios de atención médica, tenemos derecho a ser totalmente subrogados a todos los derechos que usted pueda tener contra cualquier persona (incluidos, entre otros, individuos, aseguradoras u otras entidades) que pueda ser responsable de pagar los servicios de atención médica que se le brindan en relación con esa enfermedad, afección o lesión. Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) tiene un derecho de retención sobre cualquier indemnización, acuerdo u otra recuperación que usted pueda recibir en relación con una enfermedad, afección o lesión por la que Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) haya realizado algún pago en su nombre o a usted. Las fuentes habituales para este derecho de retención son los acuerdos, los premios u otras recuperaciones de otras compañías aseguradoras, como la indemnización de automóviles o por accidentes y enfermedades laborales, o el cobro de una lesión personal, un dispositivo defectuoso u otra demanda judicial por agravio.

Si Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) pagó a sus médicos por los servicios de atención médica, pero luego usted recibe una compensación relacionada con su lesión, afección o enfermedad, usted debe pagar a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) lo que nosotros pagamos a usted o a sus médicos en su nombre, independientemente de si Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) está obligado a solicitar la subrogación. Además, mientras su reclamo de pago de un tercero esté pendiente o en disputa, Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) puede pagar condicionalmente los servicios de atención médica en su nombre. Los pagos de este tipo son meramente condicionales y usted debe pagar a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) cuando reciba un pago del tercero relacionado con la enfermedad, afección o lesión.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Usted está obligado a cooperar con Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) cuando tratemos de hacer cumplir nuestros derechos. Esto significa que nosotros, o un tercero en nuestro nombre, podemos enviarle cuestionarios sobre lesiones que usted pueda sufrir, pedirle información o documentación relacionada con una afección, enfermedad o lesión específica o con el estado de cualquier recuperación y exigirle que participe en las distintas etapas de acción legal en las que nosotros o nuestros abogados intentemos hacer cumplir nuestro derecho de retención.

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) no renuncia a ningún derecho a ninguna recuperación en virtud del presente documento, independientemente de si Meridian intenta hacer cumplir sus derechos mediante subrogación o amortización o no intente hacer cumplir sus derechos. Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) no tiene obligación de solicitar subrogación o reembolso por su propio nombre o en el de usted.

H. Fraude al plan de atención de salud

El fraude al plan de atención de salud se define como un engaño o una declaración falsa por parte de un proveedor, un afiliado, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede tener consecuencias legales. Cualquier persona que, deliberadamente y a sabiendas, se involucre en una actividad que tenga como intención estafar al plan de atención de salud mediante, por ejemplo, la presentación de un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será culpable de fraude al plan de atención de salud.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparece en una factura o formulario de Explicación de Beneficios, o si se entera o sospecha de una actividad ilegal, llame sin cargo a la línea directa de nuestro plan para denunciar fraudes al 1-866-364-1350 (TTY: 711). Esta línea funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

I. Circunstancias que van más allá del control de Medicare-Medicaid Plan (MMP)

En la medida en que, como consecuencia de un desastre natural, una guerra, un disturbio, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de los centros, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad del personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros eventos similares que no estén bajo el control de nuestro plan, las instalaciones o el personal de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) no estén disponibles para proporcionar o coordinar los servicios o beneficios previstos según este *Manual del Afiliado*, la obligación de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requisito de que Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o coordinar la prestación de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus centros personal.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se usan en todo el *Manual del Afiliado* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no logra encontrar un término o si necesita más información que la que suministra la definición, póngase en contacto con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Actividades de la vida cotidiana: lo que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Afiliado (afiliado a nuestro plan o afiliado al plan): una persona que tiene Medicare y Medicaid, que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y por el estado.

Agencia estatal de Medicaid: es el Departamento de Atención de Salud y Servicios Familiares de Illinois.

Apelación: una manera que usted tiene de cuestionar nuestra acción si considera que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el Capítulo 9, Sección D, página 170 se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Área de servicios: el área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si la afiliación es limitada según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que usted puede utilizar, estas áreas, en general, coinciden con las áreas en las que usted obtiene los servicios de rutina (que no son de emergencia). Solo las personas que vivan en nuestra área de servicios se pueden inscribir en Meridian.

Asistente de salud a domicilio: una persona que proporciona servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Estos ayudantes para el cuidado de la salud en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Atención de emergencia: servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica.

Audiencia imparcial: su oportunidad de hablar sobre su problema ante un tribunal y demostrar que tomamos la decisión incorrecta

Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés): es una aprobación de Meridian que usted debe obtener antes de recibir un servicio o un medicamento específicos o de consultar a un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la aprobación, es posible que Meridian no cubra los servicios o los medicamentos.

Algunos de los servicios médicos de la red solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen PA de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan PA se indican en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 58.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene una PA de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan PA están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



Ayuda paga pendiente: puede continuar recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta continuidad de cobertura se denomina “ayuda paga pendiente”.

Biosimilar: Un medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original. Sin embargo, los biosimilares generalmente requieren una nueva prescripción para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Cancelación de la inscripción: el proceso para cancelar la inscripción a nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su propia decisión) o involuntaria (ajena a su propia decisión).

Capacitación en asuntos culturales: educación que ofrece a nuestros proveedores de atención de salud capacitación adicional para entender mejor sus antecedentes, sus valores y sus creencias, para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes ambulatorios a los pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no suelen requerir más de 24 horas de atención.

Centro de cuidado para pacientes terminales: un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con enfermedades terminales a vivir cómodamente. Esto significa que una persona tiene una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida o menos.

- Una persona inscrita que tiene una enfermedad terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidado para pacientes terminales.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención integral para la persona, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Meridian debe brindarle una lista de proveedores de centros de cuidado para pacientes terminales de su área geográfica.

Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindarle cuidado en un centro de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): un centro donde se proporcionan, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Brinda una variedad de servicios, incluidos servicios de fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): la agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, Sección G, página 28, se explica cómo comunicarse con los CMS.

Coordinador de atención: es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF): el cuidado en un centro de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que pueden ser proporcionados por médicos o enfermeros registrados.

Cuidado urgentemente necesario: la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención de inmediato. Puede recibir cuidado urgentemente necesario de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no pueda comunicarse con ellos.

Decisión de cobertura: una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Se incluyen las decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. En el Capítulo 9, Sección D, página 170 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Defensoría: una oficina en su estado que actúa como defensor en su representación. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo, y puede ayudarlo a entender qué debe hacer. Sus servicios son gratuitos. Puede obtener más información acerca de la defensoría en el Capítulo 2, Sección J, página 31 y Capítulo 9, Sección A, página 168 de este manual.

Departamento de Servicios al Afiliado: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, Sección A, página 18, para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Determinación de la organización: el plan toma una determinación de la organización cuando esta, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, Sección D, página 170 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: es una afección médica que una persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina consideraría tan grave que, de no recibir atención médica inmediata, podría producir la muerte, una disfunción grave de una parte o un órgano del cuerpo, daños funcionales de una parte del cuerpo o, en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro su salud física o mental o la del bebé por nacer. Los síntomas médicos de una emergencia incluyen dolor intenso, dificultad para respirar o sangrado que no se detiene.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



Equipo de atención: un equipo de atención, dirigido por un coordinador de atención, puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales que están para ayudarlo a elaborar un plan de atención y garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar. Ejemplos de estos artículos: sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas.

Evaluación de salud: es una revisión del historial médico y la afección actual de una persona inscrita. Se utiliza para determinar el estado de salud del paciente y cómo puede cambiar en el futuro.

Excepción: un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

Extra Help: es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. La Extra Help también se denomina “Subsidio por Ingreso Bajo” o “LIS”.

Facturación incorrecta o inadecuada: se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura una cantidad que supera el monto de distribución de costos del plan por los servicios. Presente su tarjeta de ID (por sus siglas en inglés) de afiliado a Meridian para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas médicas. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado si recibe alguna factura que no comprende.

Debido a que Meridian paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar ninguna distribución de costos. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.

Farmacia de la red: una farmacia que aceptó surtir recetas médicas para los afiliados a nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no acordó trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera -de- la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: es un portal o una aplicación de computadora en la que los afiliados pueden buscar los medicamentos cubiertos completos, precisos, adecuados, clínicamente apropiados y específicos para cada afiliado e información sobre los beneficios. Esto incluye los montos de distribución de costos, los medicamentos alternativos que se pueden utilizar

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



para la misma afección que un medicamento determinado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Información médica personal (también llamada información médica protegida, PHI, por sus siglas en inglés): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico e historial médico. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Meridian para obtener más información sobre cómo Meridian protege, utiliza y divulga su PHI, y sus derechos en relación con su PHI.

Límites de cantidad: un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): una lista de los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. A veces, se la denomina lista de medicamentos.

Manual del Afiliado e información de Divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos o cláusulas adicionales que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como afiliado a nuestro plan.

Medicaid (o asistencia médica): es un programa gestionado por el Gobierno federal y el estado que ayuda a personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos de los servicios y apoyo a largo plazo y los costos médicos.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.
- Los programas Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayor parte de los costos de atención de salud están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2, Sección G, página 28, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o una residencia de ancianos. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos cumplen con los estándares aceptados por la práctica médica o, de lo contrario, son necesarios según las reglas de cobertura actuales de Medicare o Medicaid de Illinois. El término “medicamento necesario” se refiere a todos los servicios cubiertos que están dentro de lo razonable y que son necesarios para proteger la vida, prevenir una enfermedad grave o una discapacidad, o para aliviar un dolor intenso mediante el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



Medicamento de marca: un medicamento que requiere receta médica fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo hizo. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías de medicamentos.

Medicamento genérico: un medicamento que requiere receta médica, que cuenta con la aprobación del Gobierno federal para ser utilizado en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. En general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicare Advantage Plan: un programa de Medicare, también llamado “Medicare Parte C” o “Planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías por cubrir sus beneficios de Medicare.

Medicare Parte A: el programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospital, centros de enfermería especializada, cuidado de la salud en el hogar y cuidado para pacientes terminales médicamente necesarios.

Medicare Parte B: el programa de Medicare con el que se cubren servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Parte C: el programa de Medicare que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un Medicare Advantage Plan.

Medicare Parte D: el programa de beneficios de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. (Para abreviar, a este programa lo denominamos “Parte D”). La Parte D cubre medicamentos que requieren receta médica, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, ni por Medicaid. Meridian incluye Medicare Parte D.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden recibir su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés): todo medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta médica emitida por un profesional de la salud.

Parte A: consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: consulte “Medicare Parte D”.

Niveles de los medicamentos: grupos de medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de Medicamentos pertenece a uno de tres niveles.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos y otros expertos en la atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El Gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, Sección F, página 27 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare (Medicare tradicional o pago por servicio de Medicare): Original Medicare es ofrecido por el Gobierno. Conforme a Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos pagándoles a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de salud montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare está compuesto por dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no quiere pertenecer a nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Paciente internado: es un término que se utiliza cuando usted es admitido formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fuera admitido formalmente, se lo podría considerar paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, incluso si permaneciese en el hospital durante la noche.

Persona inscrita en Medicare y Medicaid: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita en Medicare y Medicaid también se denomina “individuo con doble elegibilidad”.

Plan de atención: es un plan desarrollado por usted y su coordinador de atención, que describe cuáles son las necesidades médicas, de la salud del comportamiento, sociales y funcionales que usted tiene, e identifica los objetivos y los servicios para satisfacer esas necesidades.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



Plan de salud: una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarlo a coordinar proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

Producto biológico: Un medicamento con receta que se fabrica a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Prótesis y aparatos ortopédicos: son dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de atención de salud. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, como suministros para ostomía, y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés): su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor al que usted acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud.

- Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Además, puede consultar con otros médicos y proveedores de atención de salud sobre su atención, y remitirlo a ellos.
- En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe acudir al proveedor de cuidado primario antes que a cualquier otro proveedor de atención de salud.
- Consulte el Capítulo 3, Sección D1, página 38 para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de cuidado primario.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de la salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención de salud, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no cobrarles un monto adicional a nuestros afiliados.
- Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o un centro que no está empleado ni es administrado por nuestro plan, así como tampoco es propiedad de este y no tiene contrato para prestar servicios a los afiliados a nuestro plan. En el Capítulo 3, Sección D, página 38 encontrará más información sobre los proveedores o los centros fuera de la red.

Queja formal: un reclamo que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Se incluyen los reclamos por la calidad de su atención.

Reclamo: una declaración verbal o por escrito con la que se manifiesta que usted tiene un problema o una inquietud sobre su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de la atención, y los proveedores y las farmacias de la red. El nombre formal para “hacer un reclamo” es “presentar una queja formal”.

Remisión: una remisión quiere decir que su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) debe otorgarle una aprobación antes de que usted acuda a otro proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación, es posible que Meridian no cubra los servicios. No necesita una remisión para acudir a determinados especialistas, como un especialista en salud de la mujer. Puede obtener más información acerca de las remisiones en el Capítulo 3, Sección D, página 38 y acerca de los servicios que necesitan remisiones en el Capítulo 4, Sección D, página 58.

Residencia de ancianos o centro de enfermería: un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en el hospital.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés): un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados y que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Estos beneficios no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

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

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a toda la atención de salud, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos que requieren receta médica y de venta libre, los equipos y los demás servicios cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: el tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4, Sección D, página 58 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés): los servicios y apoyo a largo plazo incluyen exenciones de atención a largo plazo y servicios comunitarios y en el hogar (HCBS, por sus siglas en inglés). Estas exenciones pueden ofrecer servicios que lo ayudarán a permanecer dentro de su hogar y comunidad.

Subsidio por ingreso bajo (LIS, por sus siglas en inglés): Consulte “Extra Help”.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que exige que usted primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mmp.ILmeridian.com.



Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Departamento de Servicios al Afiliado de Meridian

LLAME AL	<p>1-855-580-1689.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p> <p>El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta, además, con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan español.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>
POR FAX	1-833-415-2232.
POR CORREO	<p>Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)</p> <p>1333 Burr Ridge Parkway, Suite 100</p> <p>Burr Ridge, IL 60527</p>
SITIO WEB	mmp.ILmeridian.com

Si tiene preguntas, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Es posible que los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mmp.ILmeridian.com.



Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-580-1689** (TTY: **711**). Hours are from Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. On weekends and on state or federal holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para solicitar un intérprete, simplemente llámenos al **1-855-580-1689** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Después del horario de atención, los fines de semana y los días festivos, es posible que se le pida que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada al siguiente día hábil. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，您僅需於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-855-580-1689** (TTY: **711**) 與我們聯絡。週末及州或聯邦假日時，可能會要求您留言。我們將在下一個工作日內回電給您。會說中文的人員可以幫助您。此為免費服務。

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康计划或药物计划存有的任何疑问。要获得口译服务，请致电 **1-855-580-1689** (TTY: **711**)。我们的工作时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。如逢周末和州或联邦节假日，您可能需要留言。您的来电将在下一个工作日内得到回复。您可获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Upang makakuha ng interpreter, tumawag lang sa amin sa **1-855-580-1689** (TTY: **711**) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaaring magpaiwan sa inyo ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw na may pasok. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-855-580-1689** (TTY: **711**) du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h. Si vous appelez pendant les week-ends et jours fériés, vous devrez peut-être laisser un message. Nous vous rappellerons le jour ouvrable suivant. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-855-580-1689** (TTY: **711**). Giờ làm việc là từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Vào các ngày cuối tuần và ngày lễ của tiểu bang hoặc liên bang, quý vị có thể được yêu cầu để lại tin nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Um einen Dolmetscher in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns von Montag bis Freitag zwischen 8 und 20 Uhr unter folgender Telefonnummer an: **1-855-580-1689** (TTY: **711**). An Wochenenden und an Feiertagen werden Sie möglicherweise aufgefordert, eine Nachricht zu hinterlassen. Wir rufen Sie am nächsten Werktag zurück. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 **1-855-580-1689**(TTY: **711**)번으로 당사에 연락해 주십시오. 주말 및 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 다음 영업일에 전화드리겠습니다. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-855-580-1689** (TTY: **711**). Часы работы: с 8 a.m. до 8 p.m. с понедельника по пятницу. В выходные и праздничные дни федерального уровня или на уровне штата вас могут попросить оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوّفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، يرجى الاتصال بنا على الرقم **1-855-580-1689** (TTY: **711**) من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. قد يُطلب منك ترك رسالة في عطلات نهاية الأسبوع وخلال إجازات الولاية أو الإجازات الفيدرالية، وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero **1-855-580-1689** (TTY: **711**) dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Nei fine settimana e nei giorni festivi statali o federali potrebbe essere necessario lasciare un messaggio. La ricontatteremo entro il giorno lavorativo successivo. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-580-1689** (TTY: **711**). O serviço está disponível de segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 às 20:00. Se ligar ao fim de semana ou num feriado, poderá ter de deixar mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan **1-855-580-1689** (TTY: **711**) soti 8è a.m. rive 8è p.m., Lendi pou Vandredi. Apre lè biwo yo fèmen, nan wikenn ak pandan jou ferye, yo gendwa mande w pou ou kite yon mesaj. Y ap tounen rele w pwochen jou biwo yo louvri a. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-855-580-1689** (TTY: **711**) w godzinach od 8:00 do 20:00, od poniedziałku do piątku. W weekendy i święta konieczne może być pozostawienie wiadomości. Oddzwonimy w następnym dniu roboczym. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए बस हमें **1-855-580-1689** (TTY: **711**) पर कॉल करें। कार्य समय पर सोमवार से शुक्रवार सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक। सप्ताहांत और राज्य या संघीय छुट्टियों पर, आपसे एक संदेश छोड़ने के लिए कहा जा सकता है। अगले कार्य दिवस पर आपके कॉल का जवाब दिया जाएगा। हिंदी बोलने वाला कोई भी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、月曜日～金曜日の午前8時～午後8時に、**1-855-580-1689** (TTY: **711**) までお電話ください。週末、祝日は、留守番電話にメッセージを残す必要がある場合があります。その場合は、次の営業日に折り返しお電話いたします。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Greek: Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνέων για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις που μπορεί να έχετε σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή το πρόγραμμα φαρμάκων. Για να βρείτε διερμηνέα, απλά καλέστε μας στο **1-855-580-1689** (TTY: **711**) από τις 8 π.μ. έως τις 8 μ.μ., από Δευτέρα έως Παρασκευή. Μετά το πέρας του εργάσιμου ωραρίου, τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες, ενδέχεται να σας ζητηθεί να αφήσετε μήνυμα. Η κλήση σας θα απαντηθεί εντός της επόμενης εργάσιμης ημέρας. Κάποιος που μιλάει ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Πρόκειται για δωρεάν υπηρεσία.

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવા સંબંધી યોજના વિશે તમને હોઈ શકે તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે દુભાષિયાની મફત સેવાઓ છે. દુભાષિયો મેળવવા માટે, બસ અમને **1-855-580-1689** (TTY: **711**) પર કોલ કરો. અમારા કામકાજનો સમય સોમવારથી શુક્રવાર સુધી સવારે 8 વાગ્યાથી રાતના 8 વાગ્યા સુધીનો છે. વીકેન્ડ પર અને રાજ્યની કે સંઘીય રજાઓના દિવસે, તમને એક મેસેજ મૂકવા માટે કહેવામાં આવી શકે છે. તમારા કોલનો વળતો જવાબ કામકાજના આગલા દિવસની અંદર આપવામાં આવશે. ગુજરાતી બોલતી કોઈ વ્યક્તિ તમારી મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Urdu: ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوالوں کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان سروسز ہیں۔ مترجم کے لیے ہمیں صرف اس **1-855-580-1689** (TTY: **711**) نمبر پر صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک، پیر تا جمعہ کال کریں۔ اختتام ہفتہ اور ریاستی یا وفاقی تعطیلات میں، آپ کو پیغام بھیجنے کے لیے کہا جا سکتا ہے۔ آپ کی کال اگلے کاروباری دن میں واپس کی جائے گی۔ اردو بولنے والا کوئی بھی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت سروس ہے۔