

# ***Manual del miembro de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)***

**Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025**

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

### **Introducción del *Manual del miembro***

En este manual, se detalla su cobertura durante el tiempo que esté inscrito en Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) hasta el 31 de diciembre de 2025. Incluye explicaciones acerca de los servicios de atención de salud, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos recetados, los servicios y el apoyo a largo plazo. La asistencia y los servicios a largo plazo incluyen servicios de atención a largo plazo y exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS). Las exenciones de los HCBS pueden ofrecerle servicios que lo ayudarán a permanecer en su hogar y comunidad. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

**Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Meridian Health Plan of Illinois, Inc. ofrece Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP). Cuando este *Manual del miembro* 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).

IL5CNCEOC60803S\_0001

H6080\_001

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



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 that speaks English/Language can help you. This is a free service.

Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para solicitar 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 días festivos estatales o federales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

我们提供免费的口译服务，为您解答您对我们的健康或药物计划可能存有的疑问。要获得口译员，致电 1-855-580-1689 (TTY: 711) 联系我们即可。我们的工作时间为：周一至周五早上 8 点至晚上 8 点。周末和州/联邦节假日请留言。我们将在下一个工作日内给您回电。会讲中文（普通话）的人员可以为您提供帮助。这项服务免费。

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，請致電 1-855-580-1689 (TTY : 711)。服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。週末和州或聯邦假日，可能會要求您留言。我們將在下一個工作日內回電給您。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

May mga libre kaming serbisyo sa pagsasalin para sagutin ang anumang posibleng tanong ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para makakuha ng tagasalin, tawagan lang kami sa 1-855-580-1689 (TTY: 711). Ang mga oras ay 8 a.m. hanggang 8 p.m. mula Lunes hanggang Biyernes. Kapag Sabado at Linggo at mga pang-estado o pederal na holiday, posibleng hilingin sa inyo na mag-iwan ng mensahe. Tatawagan kayo sa susunod na araw na may pasok. May nagsasalita ng Tagalog na makakatulong sa inyo. Isa itong libreng serbisyo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous vous posez sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, il vous suffit de nous appeler au 1-855-580-1689 (TTY : 711). Les heures d'ouverture sont du lundi au vendredi, de 8 heures à 20 heures. Le week-end et les jours fériés nationaux ou fédéraux, il se peut que l'on vous demande de laisser un message. Vous serez rappelé le jour ouvrable suivant. Une personne parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi quý vị có thể có về chương trình sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để được hỗ trợ thông dịch, 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 cuối tuần và ngày lễ của tiểu bang hoặc liên bang, quý vị có thể được yêu cầu để lại tin nhắn. Chúng tôi sẽ trả lời cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Nhân viên nói tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

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 unter folgender Telefonnummer an: 1-855-580-1689 (TTY: 711). Wir sind montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr erreichbar. 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.

당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, 1-855-580-1689(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 월요일부터 금요일까지 오전 8시~오후 8시에 문의하십시오. 주말 및 주 또는 연방 공휴일에는 메시지를 남길 것을 요청할 수 있습니다. 그러면 다음 영업일에 전화드리겠습니다. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



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 понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. В выходные дни и государственные праздники вас могут попросить оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

نوفر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-855-580-1689 (TTY: 711). من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا وحتى الساعة 8 مساءً. قد يُطلب منك ترك رسالة في عطلة نهاية الأسبوع وفي أيام الإجازات الرسمية أو الإجازات الفيدرالية، وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية وهذه الخدمة مجانية.

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.

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 horário é de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00 às 20:00. Se ligar num fim de semana ou num feriado estadual ou federal, 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.

Nou gen sèvis tradiksyon nan bouch gratis pou reponn nenpòt kesyon ou gendwa vle poze konsènan sante w ak plan medikaman w lan. Pou jwenn yon entèprèt pou tradui pou w, annik rele nou nan 1-855-580-1689 (TTY: 711). Orè a se Lendi pou Vandredi, 8 a.m. jiska 8 p.m. Nan wikenn epi pandan jou ferye Eta a oswa federal, yo gendwa mande w pou w kite yon mesaj. Y ap rele w nan landemen si biwo yo louvri. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen pral ede w. Sèvis sa a gratis.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



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) od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00. 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.

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। सोमवार से शुक्रवार कार्य का समय सुबह 8 बजे से लेकर रात 8 बजे तक है। सप्ताहांत और राज्य या संघीय अवकाशों पर, आपसे संदेश छोड़ने के लिए कहा जा सकता है। आपके कॉल का जवाब अगले व्यावसायिक दिन के अंदर दिया जाएगा। हिंदी में बात करने वाला सहायक आपकी मदद करेगा। यह एक निःशुल्क सेवा है।

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、1-855-580-1689 (TTY : 711) にお電話ください。対応時間は月曜日～金曜日の午前8時～午後8時です。対応時間後、または週末および祝日はボイスメッセージを残してください。次の対応時間内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。

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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



અમારા હેલ્થ અથવા ડ્રગ પ્લાન વિશે તમને હોઈ શકે તેવા કોઈ પણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયાની સેવાઓ રહેલી છે. દુભાષિયો મેળવવા માટે, બસ અમને 1-855-580-1689 (TTY: 711) પર કોલ કરો. કોલ કરવાનો સમય, સોમવારથી શુક્રવાર સુધી, સવારે 8 વાગ્યાથી રાત્રે 8 વાગ્યા સુધીનો છે. શનિ-રવિએ અને રાજ્યની કે ફેડરલ રજાઓ પર, તમને મેસેજ આપી રાખવા માટે કહેવામાં આવી શકે છે. તમારા કોલ પર વળતો કોલ કામકાજના આગલા દિવસની અંદર કરવામાં આવશે. ગુજરાતી બોલતી કોઈ વ્યક્તિ તમારી મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

ہمارے صحت یا دوائی پلان کے متعلق آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے، ہم مفت ترجمان کی سروسز فراہم کرتے ہیں۔ ترجمان کی خدمت حاصل کرنے کے لیے ہمیں بس (TTY: 711) 1-855-580-1689 پر کال کریں۔ رابطہ کرنے کے اوقات پیر تا جمعہ، صبح 8 بجے سے شام 8 بجے تک ہیں۔ ویکینڈ اور ریاستی یا وفاقی تعطیلات پر، آپ کو پیغام بھیجنے کے لیے کہا جا سکتا ہے۔ آپ کے کال کا جواب اگلے کاروباری دن میں دیا جائے گا۔ کوئی اردو میں بات کرنے والا شخص آپ کی مدد کرے گا۔ یہ ایک مفت سروس ہے۔

Esta información está disponible sin costo en español.

**Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada al 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 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 estatales y nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



# Índice

---

Capítulo 1: Comenzar como miembro .....	9
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes .....	19
Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para sus servicios de atención de salud y otros servicios cubiertos .....	37
Capítulo 4: Tabla de Beneficios .....	57
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios a través del plan .....	116
Capítulo 6: Qué debe pagar por sus medicamentos que requieren receta médica de Medicare y Medicaid .....	139
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido en concepto de servicios o medicamentos cubiertos .....	146
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades .....	152
Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos) .....	171
Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía a nuestro plan Medicare-Medicaid .....	223
Capítulo 11: Avisos legales .....	232
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes .....	239

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://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 brindar los beneficios de ambos programas a los miembros.
- ❖ Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de Meridian, a excepción de las situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros o consulte el Manual del Afiliado para obtener más información, incluida 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). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



# Capítulo 1: Comenzar como miembro

---

## Introducción

Este capítulo incluye información sobre Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP), un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Medicaid y su membresía en él. También explica qué esperar y qué otra información recibirá de Meridian. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

## Índice

A. Bienvenido a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP).....	10
B. Información sobre Medicare y Medicaid.....	10
B1. Medicare .....	10
B2. Medicaid.....	10
C. Ventajas de este plan .....	11
D. Área de servicios de Meridian.....	12
E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan .....	12
F. Qué esperar cuando se inscribe en un plan de salud por primera vez.....	13
G. Su plan de atención.....	13
H. Prima mensual del plan Meridian.....	14
I. <i>Manual del miembro</i> .....	14
J. Otra información importante que le enviaremos.....	14
J1. Su tarjeta de ID de miembro de Meridian .....	14
J2. <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> .....	15
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .....	16
J4. <i>Explicación de beneficios</i> .....	17
K. Cómo mantener actualizado su perfil de miembro .....	17
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI).....	18

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



## A. Bienvenido a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)

Meridian es un plan Medicare-Medicaid. Un plan Medicare-Medicaid es una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo y otros proveedores. Además, cuenta con equipos y coordinadores de atención que ayudan en la gestión de todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en equipo para brindarle la atención que necesita.

El estado de Illinois y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) aprobaron Meridian para brindarle servicios como parte de la Iniciativa de Alineación de Medicare-Medicaid.

La iniciativa de alineación de Medicare-Medicaid es un programa de demostración administrado conjuntamente por Illinois y el Gobierno federal para proporcionar una mejor atención de salud a las personas que tienen Medicare y Medicaid. Bajo esta demostración, el Gobierno estatal y el federal desean probar nuevas formas de mejorar la forma en que obtiene sus servicios de atención de salud de Medicaid y Medicare.

---

## B. Información sobre Medicare y Medicaid

### B1. Medicare

Medicare es un programa federal de seguro de salud para:

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

### B2. Medicaid

Medicaid es un programa ejecutado por el Estado y el Gobierno federal que ayuda a las personas de recursos e ingresos limitados a pagar asistencia y servicios a largo plazo y a cubrir costos de medicamentos. Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

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

El estado puede decidir cómo ejecutar sus programas, siempre y cuando sigan las normas federales.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



Medicare e Illinois deben aprobar Meridian cada año. Puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan siempre y cuando:

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

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios Medicare y Medicaid no se verá afectada.

---

## C. Ventajas de este plan

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

Meridian ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor juntos para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Podrá trabajar con **un** plan médico 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, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a que reciba la atención que necesita.
- Tendrá acceso a un coordinador de atención. Esta es una persona que trabaja con usted, con Meridian y con sus proveedores de atención médica 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 y el coordinador de atención trabajarán con usted para elaborar un plan diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de atención se encargará de coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo:
  - Su equipo de atención se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para que puedan reducir cualquier efecto secundario.
  - Su equipo de atención se asegurará de que los resultados de sus pruebas se informen a todos sus médicos y otros proveedores.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://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, Vermillion, Wabash, Warren, Washington, Wayne, White, Whiteside, Will, Williamson, Winnebago y Woodford.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicios pueden obtener Meridian.

**Si se traslada fuera del área de servicio**, no puede permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección I, para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicios.

---

## E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Reúne los requisitos para nuestro plan siempre y cuando:

- 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**
- cuente con Medicare Part A y Medicare Part B; **y**
- sea elegible para Medicaid; **y**
- sea ciudadano estadounidense o presente legalmente en los Estados Unidos; **y**
- tenga 21 años o más a momento de la inscripción; **y**
- esté inscrito en la categoría de asistencia para adultos mayores, personas ciegas y con discapacidad en Medicaid Aid; **y**
- si cumple con todos los demás criterios de demostración y está en una de las siguientes exenciones de Medicaid 1915(c):
  - personas de edad avanzada;
  - personas con discapacidad;

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- personas con HIV/AIDS;
- personas con una lesión cerebral;
- personas que viven en instalaciones de vivienda de apoyo;
- personas que no tienen enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), con excepciones limitadas, por ejemplo, si presenta ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o si era miembro de un plan diferente que se terminó.

---

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

Cuando se una por primera vez al plan, obtendrá una evaluación de riesgos 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 individualizado con usted.

**Si esta es su primera vez en un plan de Medicare-Medicaid**, puede seguir acudiendo a sus médicos actuales durante 180 días más. **Si su plan anterior a Meridian era otro plan Medicare-Medicaid**, puede seguir consultando a sus médicos actuales durante 90 días. Cuando complete el examen/evaluación de riesgos de salud, se le solicitará los nombres y la información de contacto de sus médicos. Los coordinadores de atención podrán comprobar si sus médicos se encuentran dentro o fuera de la red de nuestro plan de salud.

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, para obtener más información sobre cómo recibir atención.

---

## G. Su plan de atención

Su plan de atención es el plan de todos los servicios sociales y funcionales, de asistencia a largo plazo, conductuales y medicinales que obtendrá y de la manera en que los recibirá.

Después de la evaluación de riesgos de salud, su equipo de asistencia se reunirá con usted para hablar sobre los servicios que necesita y desea. Juntos, usted y su equipo de asistencia, crearán su plan de atención.

Cada año, su equipo de asistencia trabajará con usted para actualizar su plan de atención si los servicios que necesita y desea cambian.

Si recibe Servicios de Exención Basados en el Hogar y la Comunidad, también tendrá un plan de servicio. El plan de servicio enumera los servicios que obtendrá y con qué frecuencia los obtendrá.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



Este plan de servicio se convertirá en parte de su plan de atención general.

---

## H. Prima mensual del plan Meridian

Meridian no tiene una prima mensual de plan.

---

### I. *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Ello significa que deben acatarse todas las normas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que van en contra de estas normas, usted puede apelar o impugnar nuestra medida. Para obtener más información sobre cómo apelar, consulte el *Capítulo 9*, Sección D, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del miembro* llamando a Servicios al Miembro 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 miembro* en [mmp.ilmeridian.com/resources.html](http://mmp.ilmeridian.com/resources.html) 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 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

---

## J. Otra información importante que le enviaremos

Ya debería haber recibido una tarjeta de ID de miembro de Meridian, un *Directorio de Proveedores y Farmacias* y una *Lista de medicamentos cubiertos*.

### J1. Su tarjeta de ID de miembro de Meridian

Con nuestro plan, tendrá una sola tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, incluidos los servicios a largo plazo, los apoyos y los medicamentos recetados. Debe presentar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o recetas. He aquí una tarjeta de muestra para que vea cómo será la suya:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



			
<b>Member Name:</b> Cardholder Name <b>Member ID:</b> Cardholder ID# <b>Medicaid ID:</b> Medicaid ID# <b>Effective Date:</b> Member's Effective Date	<b>RxBIN:</b> 610014 <b>RxPCN:</b> MEDDPRIME <b>RxGRP:</b> 2FJA <b>RxID:</b> RxID#	In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your Care Coordinator within 48 hours or as soon as possible.	
<b>PCP Name:</b> PCP Name <b>PCP Phone:</b> PCP Phone	<b>MEMBER CANNOT BE CHARGED</b> Copays: \$0  H6080      001	<b>Member Services:</b> 1-855-580-1689 (TTY: 711) <b>Behavioral Health Crisis Line:</b> 1-800-345-9049 (TTY: 711) <b>Pharmacy Help Desk:</b> 1-833-750-0202 (TTY: 711) <b>Pharmacy Prior Auth:</b> 1-800-867-6564 (TTY: 711) <b>24-Hr Nurse Line:</b> 1-855-580-1689 (TTY: 711)	<b>Website:</b> mmp.ilmeridian.com
		<b>Send Claims To:</b>	<b>Medical Claims:</b> Meridian Medicare-Medicaid Plan P.O. Box 3060, Farmington, MO 63640-4402 <b>Pharmacy Claims:</b> Meridian Medicare-Medicaid Plan Attn: Medicare Part D Member Reimbursement Dept. P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577
		<b>Claim Inquiry:</b>	1-855-580-1689 (TTY: 711)

Si su tarjeta se daña, se pierde o es robada, llame de inmediato a Servicios al Miembro y le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita utilizar su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul ni su tarjeta de Medicaid para obtener servicios. Mantenga esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite en el futuro. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de ID de miembro de Meridian, el proveedor puede facturarle a Medicare y no a nuestro plan, y usted puede recibir una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

## J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se detallan todos los proveedores y las farmacias de la red de Meridian. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se hace miembro de nuestro plan por primera vez (consulte la Sección F).

Para pedir un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (en forma digital o en copia impresa), llame a Servicios al Miembro 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. Las solicitudes de copias impresas de los Directorios de farmacias y proveedores se le enviarán por correo dentro de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en [mmp.ilmeridian.com/member/benefits-coverage/tools-resources/provider-search.html](http://mmp.ilmeridian.com/member/benefits-coverage/tools-resources/provider-search.html) o descargarlo desde este sitio web.

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

### Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de Meridian incluyen los siguientes:
  - médicos, enfermeros y otros profesionales de atención de salud a los que puede

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



acudir como miembro de nuestro plan;

- clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que ofrezcan servicios médicos en nuestro plan; **y**
- agencias de atención de 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;
- servicios y apoyo a largo plazo, incluido el servicio diurno para adultos, servicios de vida asistida y habilitación durante el día, comidas entregadas a domicilio, asistencia de salud a domicilio, modificaciones en el hogar, servicios domésticos, servicios de enfermería, asistente personal, sistema personal de respuesta a emergencias, cuidado de relevo, equipo médico duradero especializado y suministros, y terapias.

Los proveedores de la red han aceptado recibir el pago completo desde nuestro plan por los servicios cubiertos.

### Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han acordado abastecer recetas a los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto que se trate de una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan lo ayude a pagarlas.

Llame a Servicios al Miembro 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 consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en [mmp.ilmeridian.com/member/benefits-coverage/tools-resources/provider-search.html](http://mmp.ilmeridian.com/member/benefits-coverage/tools-resources/provider-search.html) o descargarlo desde este sitio web. Tanto Servicios al Miembro como el sitio web de Meridian pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestras farmacias y proveedores de la red.

### J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La denominamos “*Lista de Medicamentos*” para abreviar. Indica cuáles son los medicamentos recetados que cubre Meridian.

La *Lista de medicamentos* también le indica si existen normas o restricciones sobre cualquier medicamento, como un límite sobre la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, para obtener más información sobre estas normas y restricciones.

Todos los años, le enviaremos información sobre cómo acceder a una copia de la *Lista de*

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



*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/pharmacy/formulary.html](http://mmp.ilmeridian.com/pharmacy/formulary.html) o llame a Servicios al Miembro 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).

La EOB le informa el monto total que usted, u otros en su nombre, han gastado en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada medicamento recetado de la Parte D durante el mes. En la EOB, hay más información sobre los medicamentos que toma. En el Capítulo 6, Sección A, se brinda más información sobre la EOB y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede obtener una EOB cuando la solicite. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al Miembro.

---

### **K. Cómo mantener actualizado su perfil de miembro**

Cuando cambie su información, avísenos para que podamos tener su perfil actualizado.

Los proveedores y farmacias de la red incluidos en el plan deben contar con la información correcta acerca de usted. **Utilizan su perfil para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le costarán.** Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener nuestra información actualizada.

Comuníquenos lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o su pareja de hecho, o la compensación del trabajador;
- si tiene alguna reclamación por responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico;
- la admisión en un hospital o un centro de convalecencia;
- si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red;

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



- cambios de cuidador (o de la persona responsable por usted);
- si participa o comienza a participar en un estudio de investigación clínica (NOTA: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cambia algún dato, infórmenos llamando a Servicios al Miembro 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 personal de salud (PHI)**

La información en su perfil de miembro puede incluir información de salud personal (PHI). Las leyes exigen que mantengamos la privacidad de sus expedientes médicos y de su PHI. Nos aseguramos que la información sobre su salud esté protegida.

Meridian trabaja con el estado de Illinois para detener nuevos casos de HIV. El Departamento de Salud pública de Illinois está compartiendo los datos de HIV 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 HIV. El nombre, la fecha de nacimiento, el SSN, la condición de HIV y otra información se comparten de forma segura para todos los miembros de Medicaid.

Si quiere obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección C1.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

---

### Introducción

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

### Índice

A. Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de Meridian .....	21
A1. Cuándo comunicarse con Servicios al Miembro .....	21
B. Cómo comunicarse con el coordinador de atención.....	25
B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de atención .....	25
C. Cómo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras .....	27
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras.....	27
D. Cómo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento .....	28
D1. Cuándo comunicarse con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento .....	28
E. Cómo comunicarse con el Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIP) .....	29
E1. Cuándo comunicarse con el SHIP .....	29
F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) .....	30
F1. Cuándo comunicarse con el Programa BFCC-QIO de Livanta LLC .....	30
G. Cómo comunicarse con Medicare.....	31
H. Cómo comunicarse con Medicaid .....	32
I. Cómo comunicarse con la Línea Directa de Beneficios de Salud de Illinois.....	33
J. Cómo comunicarse con el Programa del Ombudsman de la Atención a Domicilio de Illinois .....	34
K. Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare .....	35

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ilmeridian.com).



L. Otros recursos ..... 36

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



## A. Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de Meridian

<b>LLAME</b>	<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>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas 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>
<b>POR FAX</b>	1-833-376-0586.
<b>POR CORREO</b>	<p>Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)</p> <p>1333 Burr Ridge Parkway, Suite 100</p> <p>Burr Ridge, IL 60527</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://mmp.ILmeridian.com">mmp.ILmeridian.com</a>

### A1. Cuándo comunicarse con Servicios al Miembro

- Preguntas acerca del plan
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de ID de miembro de Meridian
- Cuando desee hablar sobre las decisiones de cobertura relacionadas con su atención de salud
  - Una decisión de cobertura sobre su atención de salud puede relacionarse con los siguientes aspectos:
    - sus beneficios y servicios cubiertos; o
    - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
  - Comuníquese con nosotros si tiene preguntas acerca de una decisión de cobertura

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ILmeridian.com).



relacionada con su atención de salud.

- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- Apelaciones relacionadas con su atención de salud
  - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos acerca de su cobertura y de solicitarnos que la cambiemos si considera que cometimos un error.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- Reclamos relacionados con su atención de salud
  - Puede hacer un reclamo sobre nosotros o cualquier proveedor, incluso sobre los que se encuentran dentro de la red y fuera de ella. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede hacer un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección F más abajo).
  - Si su reclamo se relaciona con una decisión de cobertura sobre su atención de salud, puede presentar una apelación (Consulte la sección A1 anterior).
  - Puede enviar un reclamo sobre Meridian directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar asistencia.
  - Si quiere obtener más información sobre cómo hacer un reclamo relacionado con la atención de salud, consulte el Capítulo 9, Sección J.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos puede relacionarse con los siguientes aspectos:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos, o
    - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D y a los medicamentos recetados y de venta libre de Medicaid.
  - Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F4.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ilmeridian.com).



- Apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante debe comunicarse con nosotros.

### **Apelaciones relacionadas con los medicamentos de la Parte D**

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 estatales y nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

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  
PO Box 31383  
Tampa, FL 33631-3383

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

### **Apelaciones relacionadas con los 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 estatales y 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  
P.O. Box 10450  
Van Nuys, CA 91410-0450

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.
- Reclamos relacionados con sus medicamentos
  - Puede hacer un reclamo sobre nosotros o sobre una farmacia. Esto incluye un reclamo sobre sus medicamentos recetados.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ilmeridian.com).



- Si su reclamo se trata de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, usted puede presentar una apelación (Consulte la sección A1 anterior).
- Puede enviar un reclamo sobre Meridian directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar asistencia.
- Si quiere obtener más información sobre cómo hacer un reclamo relacionado con los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección J.
- Pago por atención de salud o medicamentos que usted ya pagó
  - Si quiere obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección A.
  - Si solicita que paguemos una factura y nosotros rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección F4.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ilmeridian.com).



## B. Cómo comunicarse con el coordinador de atención

<b>LLAME</b>	<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>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas 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>
<b>POR CORREO</b>	<p>Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)</p> <p>1333 Burr Ridge Parkway, Suite 100</p> <p>Burr Ridge, IL 60527</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://mmp.ILmeridian.com">mmp.ILmeridian.com</a></p>

### B1. Cuándo comunicarse con el coordinador de atención

- Preguntas sobre su atención de salud
- Preguntas sobre cómo recibir servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)
- 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.

En ocasiones, puede obtener ayuda con sus necesidades de atención de salud y de la vida diaria. Es

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ILmeridian.com).



posible que pueda acceder a los siguientes servicios:

- atención de enfermería especializada;
- asistente personal;
- servicio doméstico;
- cuidado diurno para adultos;
- sistema de respuesta a emergencias en el hogar;
- terapia física;
- terapia ocupacional;
- terapia del habla;
- cuidados médicos domiciliarios;
- habilitación durante el día;
- comidas entregadas a domicilio;
- asistencia de salud a domicilio;
- modificaciones en el hogar;
- servicios de enfermería;
- cuidado de relevo;
- equipo médico duradero especializado y suministros.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://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. Mediante una llamada, puede obtener asesoramiento y asistencia por parte de un enfermero. Si tiene una emergencia médica, llame al 911.

<b>LLAME</b>	<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>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas 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 su atención de salud

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ilmeridian.com).



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

<b>LLAME</b>	<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>Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. La llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas 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 del Médico) 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 relacionados con el trastorno por consumo de sustancias

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ilmeridian.com).



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

El Programa de Seguros de Salud para Adultos Mayores (SHIP, por sus siglas en inglés) ofrece asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare. El SHIP no está relacionado con ninguna empresa aseguradora o plan de salud.

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

### E1. Cuándo comunicarse con el SHIP

- Preguntas sobre el 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 plan,
    - responder sus preguntas acerca del cambio a un nuevo plan,
    - hacer reclamos sobre su atención o tratamiento de salud, **y**
    - resolver problemas con sus facturas.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://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) de Livanta LLC. Esta organización está constituida por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El Programa BFCC-QIO de Livanta LLC no está relacionado con nuestro plan.

<b>LLAME</b>	1-888-524-9900
<b>TTY</b>	1-888-985-8775 Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
<b>POR CORREO</b>	Livanta LLC/BFCC-QIO 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
<b>POR CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:communications@Livanta.com">communications@Livanta.com</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livantaqio.cms.gov/en">www.livantaqio.cms.gov/en</a>

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

- Preguntas sobre su atención de salud
  - Puede hacer un reclamo sobre la atención que recibió en los siguientes casos:
    - si está disconforme con la calidad de la atención,
    - si considera que su hospitalización finaliza demasiado pronto, o
    - si considera que su atención de salud en el hogar, su atención en centros de enfermería especializada o los servicios que recibe en centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ilmeridian.com).



## G. Cómo comunicarse con Medicare

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

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

<b>LLAME</b>	<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>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. Aquí también se incluye información sobre hospitales, centros de convalecencia, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y atención para pacientes 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. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesita. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ILmeridian.com).



## H. Cómo comunicarse con Medicaid

Medicaid ayuda con los costos de los servicios médicos y los servicios de largo plazo y otras ayudas para las personas con reducidos ingresos y recursos.

Usted se encuentra inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad para Medicaid, llame a la Línea de Atención al Cliente del Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

<b>LLAME</b>	1-800-843-6154, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.
<b>TTY</b>	1-866-324-5553, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.
<b>POR CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:DHS.WebBits@illinois.gov">DHS.WebBits@illinois.gov</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dhs.state.il.us">www.dhs.state.il.us</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ilmeridian.com).



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

La Línea Directa del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois proporciona información general sobre los beneficios de Medicaid.

<b>LLAME</b>	1-800-226-0768, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita.
<b>TTY</b>	1-877-204-1012, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.hfs.illinois.gov">www.hfs.illinois.gov</a> Este es el sitio web oficial de Medicaid. Allí encontrará información actualizada sobre Medicaid.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ILmeridian.com).



## J. Cómo comunicarse con el Programa del Ombudsman de la Atención a Domicilio de Illinois

El Programa Defensor de la Atención a Domicilio de Illinois es un programa de defensores que trabaja a su favor. Ellos pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo para que sepa qué hacer. También puede ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan. El Programa Defensor de la Atención a Domicilio de Illinois no está relacionado con ninguna empresa asegurado o plan de salud. sus servicios son gratuitos.

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

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ILmeridian.com).



---

## K. Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que, junto con su cobertura de medicamentos actual, puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos entre pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos. La “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare y la ayuda del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y del programa de asistencia de medicamentos para AIDS (ADAP), para aquellos que califican, ofrecen más ventajas que la participación en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros al número de teléfono que figura en la parte inferior de la página o visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para saber si esta opción de pago es adecuada para usted.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ILmeridian.com).



---

## L. Otros recursos

### Comuníquese con el Departamento de Adultos Mayores de Illinois

Comuníquese con la Línea de Ayuda para Adultos Mayores sin cargo o por correo electrónico, por temas relacionados con los programas y servicios del departamento, destinados a los adultos mayores y las personas con discapacidades. En la mayoría de los casos, cuando busque asistencia con programas específicos, se lo remitirá a una oficina local en el área donde vive.

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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 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](http://mmp.ILmeridian.com).



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

---

### Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP). 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). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## Índice

A. Información sobre servicios, servicios cubiertos, proveedores y proveedores de la red.....	40
B. Reglas para obtener atención de salud, atención de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan .....	40
C. Información sobre el coordinador de atención .....	42
C1. Qué es un coordinador de atención.....	42
C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención .....	42
C3. Cómo cambiar de coordinador de atención .....	42
D. Atención de proveedores de atención primaria, médicos especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red.....	42
D1. Atención de un proveedor de atención primaria .....	42
D2. Atención de médicos especialistas y otros proveedores de la red .....	45
D3. Qué debe hacer si un proveedor de la red abandona nuestro plan .....	45
D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red .....	47
E. Cómo obtener servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).....	47
F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento .....	47
G. Cómo obtener atención dirigida por el paciente .....	47
G1. Qué es la atención dirigida por el paciente.....	48
G2. Quién puede obtener atención dirigida por el paciente.....	48
G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de cuidado personal.....	48
H. Cómo obtener servicios de transporte .....	48
I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica, necesita atención de urgencia o en caso de desastre .....	49
I1. Atención si tiene una emergencia médica.....	49

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



I2. Atención urgentemente necesaria.....	51
I3. Atención en caso de desastre.....	51
J. Qué debe hacer si se le facturan directamente los servicios cubiertos por el plan .....	52
J1. Qué debe hacer cuando nuestro plan no cubre los servicios .....	52
K. Cobertura de los servicios de atención de salud cuando participa en un estudio de investigación clínica .....	52
K1. Definición de estudio de investigación clínica.....	52
K2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica.....	53
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica .....	53
L. Cómo se cubren los servicios de atención de salud cuando recibe atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud.....	53
L1. Definición de institución religiosa no médica de atención de la salud.....	54
L2. Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica de atención de salud .....	54
M. Equipo médico duradero (DME).....	54
M1. Equipo médico duradero (DME) para el miembro de nuestro plan .....	54
M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage .....	55
M3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan.....	56
M4. El equipo de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage .....	56

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://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, los servicios de salud del comportamiento, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son todos los servicios que se pagan a través del plan. La atención de salud y los servicios y apoyo a largo plazo cubiertos se indican en la Tabla de beneficios, en el Capítulo 4, Sección D.

Los proveedores son médicos, enfermeras, médicos especialistas y otras personas que le brindan servicios y cuidados. El término también incluye hospitales, agencias de salud a domicilio, clínicas y otros lugares donde se ofrecen servicios de atención de salud, equipos médicos y servicios, y apoyo a largo plazo.

Los proveedores de la red son los proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han aceptado nuestro pago como pago completo. 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 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, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyos a largo plazo.

En general, Meridian paga por la atención de salud y los servicios que obtiene si cumple las normas del plan. Los siguientes cuidados de salud están cubiertos por nuestro plan:

- Los cuidados que recibe deben ser **beneficios del plan**. Esto significa que deben estar incluidos en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4, Sección D, de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica o mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención que evita que vaya a un hospital o centro de convalecencia. También significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas o que son necesarios conforme a las normas de cobertura actuales de Medicare o Illinois Medicaid. 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 incapacidad, o para aliviar un dolor intenso mediante el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- Usted debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya indicado la atención o que le haya indicado consultar a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir 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 denomina **remisión del médico**. Si no obtiene la aprobación, es posible que Meridian no cubra los servicios. No necesita una remisión del médico para acudir a determinados médicos especialistas, como un médico especialista en salud de la mujer. Si quiere obtener más información sobre las remisiones del médico, consulte la Sección D1.
  - Usted no necesita una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o urgentemente necesaria ni para acudir a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin una remisión del médico de su PCP. Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte la Sección I.
    - Si quiere obtener más información sobre cómo elegir un PCP, consulte la Sección D1.
  - **NOTA:** Si esta es su primera vez en un plan de Medicare-Medicaid, 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 se cambió a Meridian y viene de un plan Medicare-Medicaid diferente, puede continuar consultando a sus proveedores actuales durante los primeros 90 días con nuestro plan, sin costo, si no forman parte de nuestra red. Durante el tiempo de transición, nuestro coordinador de atención se comunicará con usted para ayudarlo a buscar proveedores de nuestra red. Después de ese tiempo, ya no cubriremos su atención si continúa consultando a proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir cuidado de los proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá el cuidado de los proveedores que no trabajan con el plan de salud. Estos son algunos casos donde esta regla no se aplica:
  - El plan cubre atención de emergencia o atención de urgencia necesaria obtenida de un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información y saber qué significa atención de emergencia o atención médica urgentemente necesaria, consulte la Sección I.
  - Si necesita cuidados cubiertos por nuestro plan, pero nuestros proveedores de la red no pueden dárselos, puede obtenerlos de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos estos servicios sin costo alguno. Por lo general, si necesita atención de un proveedor fuera de la red, deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) del plan. Si quiere información sobre cómo obtener la

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.

- 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 de tiempo. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir consultando a los proveedores actuales durante 90 a 180 días, según su período de continuidad de la atención. Después de este período, deberá consultar 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 sus objetivos de salud mientras coordina sus servicios para que tenga una mejor calidad de vida. Esta persona lo ayuda a administrar sus cuidados mediante la coordinación con todos sus proveedores para asegurarse de que usted reciba los servicios y cuidados 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 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 estatales y nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

### C3. Cómo cambiar de coordinador de atención

Puede cambiar 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 estatales y nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

## D. Atención de proveedores de atención primaria, médicos especialistas, y otros proveedores de la red y fuera de la red

### D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y administre su atención.

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

- El PCP puede ser un médico, un profesional de enfermería o un asociado médico que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica integral.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



### ¿Qué tipos de proveedores pueden ser PCP?

- Los profesionales de la salud son elegibles para prestar servicios como PCP en nuestro plan si tienen autorización para ejercer y ejercen en las áreas de medicina familiar, medicina general, geriatría, medicina interna y obstetricia o ginecología.
- Si un profesional de la salud le brinda servicios de cuidado primario en un centro de salud con calificación federal (FQHC), puede continuar haciéndolo.
- Los médicos especialistas que cumplen funciones de atención primaria, incluidos aquellos que ofrecen atención primaria en FQHC, clínicas de salud rurales, departamentos de salud y otras clínicas comunitarias similares, pueden ser PCP.

### ¿Cuál es la función del PCP?

El PCP proporciona los cuidados de rutina o básicos.

### ¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

- La “coordinación” de los servicios implica verificar o consultar a otros proveedores de la red y a su plan sobre su cuidado y sobre cómo se está desarrollando.
- El PCP también coordinará y programará el resto de los servicios cubiertos que usted recibirá por ser miembro de nuestro plan. Entre tales servicios se pueden incluir los siguientes:
  - Radiografías
  - Pruebas de laboratorio
  - Terapias
  - Visitas al consultorio de médicos especialistas
  - Admisión en un hospital
  - Cuidado de seguimiento
- Por ejemplo, para que pueda visitar a un médico especialista, generalmente, primero necesita obtener la aprobación de su PCP (esto se llama obtener una “remisión del médico”). Dado que su PCP proporcionará y coordinará su cuidado médico, usted debe enviar al consultorio de su PCP todos sus expedientes médicos anteriores.

### ¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones sobre la autorización previa y su obtención?

Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa).

### Su elección del PCP

Su relación con su proveedor de atención primaria (PCP) es importante. Le recomendamos que elija un PCP que atienda cerca de su hogar. Tener al PCP cerca facilita la obtención de cuidados médicos y el desarrollo de una relación abierta y de confianza. Si desea obtener una copia actualizada del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, o asistencia adicional para elegir un PCP, comuníquese con

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



el Departamento de Servicios al Miembro. Una vez que haya elegido su PCP, le recomendamos que todos sus expedientes médicos sean transferidos a su consultorio. Esto le permitirá al PCP acceder a sus antecedentes médicos y le informará sobre cualquier condición de salud existente que tenga.

### **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 antes del décimo día del mes, podrá comenzar a visitar al PCP nuevo inmediatamente. Si cambia de PCP después del décimo día del mes, podrá comenzar a visitar al PCP nuevo el primer día 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. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP si el que tiene abandona nuestra red.

### **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 del médico. Puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores externos a la red.
- Atención de urgencia de proveedores de la red.
- Atención urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no puede obtenerla 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.

- Servicios de diálisis renal recibidos en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicios del plan. (Llame a Servicios al Miembro antes de dejar el área de servicios. Podemos ayudarlo a recibir servicios de diálisis cuando está lejos).
- Vacunas contra la influenza (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. Esto incluye examen de mamas, mamografías de detección (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los realice 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 del médico.
- También tiene derecho a acudir a un ginecólogo, dermatólogo, audiólogo (para exámenes de

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



audición de rutina), optometrista (para pruebas de la vista de rutina) y dentista (para servicios dentales preventivos) sin una remisión del médico.

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

Un médico especialista es un médico que ofrece servicios de atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. He aquí algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas son médicos que brindan cuidado a pacientes con ciertos problemas óseos, articulares o musculares.

En algunos casos, debe contar con una remisión del médico de su PCP para visitar un médico especialista de la red (hay algunas excepciones descritas 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 médico 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 médico especialista de la red, es posible que tenga que pagar estos servicios de su bolsillo. Si necesita atención de seguimiento de un médico especialista de la red, deberá coordinar con su PCP para obtener las remisiones del médico con el fin de realizar visitas adicionales.

La autorización previa (aprobación previa) es un proceso en el que el PCP, el médico especialista, otro proveedor o usted (el miembro) 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 crea que puede necesitar con su PCP y/o con un médico especialista. Por lo general, su PCP o médico 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 del médico, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con su coordinador de atención o con Servicios al Miembro a los números que figuran en la contraportada de este folleto para obtener más información. Si quiere obtener más información sobre los servicios en los que se necesita autorización previa o remisión del médico, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D.

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

Un proveedor de la red que usted usa podría abandonar nuestro plan.

- Si esto sucede, se lo notificaremos con 30 días de anticipación, siempre que esto sea posible. Si no selecciona un proveedor de atención primaria nuevo, se seleccionará uno por usted. Puede cambiar su proveedor de atención primaria 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 actualizada con el nombre y número de teléfono de su PCP nuevo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- Si su proveedor abandona la red del plan, se le concederá un período de transición de 90 días a partir de la fecha del aviso si está en tratamiento o si está cursando el tercer trimestre de un embarazo, incluida la atención postparto.

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le informaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que disponga de tiempo para seleccionar uno nuevo.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si se ha atendido con ese proveedor dentro de los últimos tres años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha consultado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor de la red calificado, quien continuará administrando sus necesidades de atención de salud.
- Si actualmente está llevando a cabo una terapia o tratamiento médico con su proveedor, 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 y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un médico especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar con un especialista fuera de la red para que le proporcione atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Excepto para la atención de emergencia o atención médica urgentemente necesaria, debe obtener nuestra autorización previa antes de recibir atención del proveedor fuera de la red para que los servicios estén cubiertos.
- 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, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si usted se entera de que uno de sus proveedores abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros a fin de que podamos ayudarlo a buscar un proveedor nuevo y a administrar su atención. Comuníquese con Servicios al Miembro 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 alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



#### **D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red**

Los proveedores de nuestra red brindarán 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 están disponibles en un proveedor de la red, pagaremos el costo del proveedor fuera de la red si el plan aprobó el servicio por adelantado. 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 Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto antes de recibir los servicios. Lo ayudaremos a usted y/o al proveedor a obtener 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 pagar a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare y/o Medicaid.
- Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.
- Los proveedores deben estar inscritos como proveedores de Medicaid de Illinois para recibir el pago de los servicios de Medicaid que le proporcionen.

---

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

Meridian puede ayudarlo a determinar si califica para recibir servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y a solicitar servicios financiados de LTSS a través de las exenciones estatales de Medicaid. Comuníquese con Servicios al Miembro llamando al número de teléfono que aparece en la contraportada de este folleto si tiene preguntas o dudas o si desea hablar sobre los servicios de LTSS.

---

#### **F. Cómo obtener servicios de salud del comportamiento**

Los servicios de salud conductual respaldan las necesidades de tratamiento de la salud mental y el abuso de sustancias que pueda tener. Esto puede incluir atención emocional, social, educativa y de recuperación, así como los cuidados médicos o psiquiátricos más comunes. Comuníquese con Servicios al Miembro 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 estatales y nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

#### **G. Cómo obtener atención dirigida por el paciente**

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## G1. Qué es la atención dirigida por el paciente

En función de su elegibilidad para la exención de LTSS, es posible seleccionar un servicio de Asistente Personal (PA). Los cuidados autodirigidos le permiten elegir quién le proporcionará servicios de cuidado personal. Si califica, 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

En función de su elegibilidad para la exención de LTSS, es posible seleccionar un servicio de Asistente Personal (PA). Los cuidados autodirigidos le permiten elegir quién le proporcionará servicios de cuidado personal. Si califica, 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 cuidado personal

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

- Debe completar toda la documentación necesaria y presentarla en la oficina local de la División de Servicios de Rehabilitación (DRS) antes de comenzar el empleo del PA. Esto incluye información tanto en los paquetes de Miembro como de PA.
- Debe seleccionar un PA que tenga la capacidad física para realizar las tareas bajo su dirección y el PA no debe sufrir de una condición médica que se pueda agravar por las demandas del trabajo.
- Debe proporcionar una copia de su Plan de Nivel del Servicio y revisar dicho plan con su PA de modo que entienda sus necesidades y horas aprobadas.
- Usted revisará la ficha de control con su PA para verificar la exactitud de toda la información antes de entregarla y solo aprobará las horas que el PA trabajó efectivamente para el pago.
- Las fichas de control no se firmarán previamente ni se enviarán 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 siguientes a cualquier incidente que provoque lesiones al PA en el trabajo.

Complete el formulario de informe de lesiones del proveedor (en el paquete) y envíelo por correo o fax a la oficina de DRS dentro de las 24 horas posteriores al informe de la lesión.

---

## H. Cómo obtener servicios de transporte

Puede llamar a Servicios al Miembro al número de teléfono ubicado en la parte posterior de este manual si necesita asistencia para programar el transporte o si tiene alguna pregunta sobre los servicios de transporte.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



---

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

### 11. Atención si tiene una emergencia médica

#### Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor intenso o lesiones graves. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de la salud y medicina podrían esperar que tenga las siguientes consecuencias:

- un riesgo grave para su salud o para la de su hijo no nacido; ○
- un daño grave a las funciones corporales; ○
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
  - No hay tiempo suficiente para transferirla con seguridad a otro hospital antes del parto.
  - transferirla a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad, o para la de su hijo no nacido.

#### 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 la necesita. Usted *no* necesita obtener primero la aprobación o 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.
- **Asegúrese de informar a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Debemos hacer un seguimiento de sus cuidados de emergencia. Usted u otra persona deberían llamar para informarnos acerca de sus cuidados de emergencia, por lo general dentro de las 48 horas. No obstante, usted no tendrá que pagar por servicios de emergencia en caso de una demora en informarnos. Puede llamar a Servicios al Miembro al número de teléfono que figura en la parte posterior de este folleto.

#### 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. Si quiere obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Sus proveedores de atención de emergencia decidirán cuándo su condición 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 recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su cuidado 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 del Médico) a los números que se indican a continuación. También puede encontrar más información en el Capítulo 2, Sección D. 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 de salud conductual. Llámenos si tiene ideas suicidas o si está experimentando síntomas de una enfermedad de salud mental. Si tiene una emergencia médica, llame al 911.

<b>LLAME</b>	1-800-345-9049. La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Tenemos servicios de intérprete gratuitos para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	1-866-794-0374. La llamada es gratuita. Este número es para las personas con problemas 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.

### **Si obtiene atención de emergencia cuando no se trata de una emergencia**

En algunas ocasiones, puede ser difícil identificar una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que se presente para recibir atención de emergencia y que el médico diga que no se trataba realmente de una emergencia médica. Siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en peligro grave, cubriremos su atención.

Sin embargo, una vez que el médico indica que no fue una emergencia, cubriremos el cuidado adicional *solo* en los siguientes casos:

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## 12. Atención urgentemente necesaria

### Definición de atención urgentemente necesaria

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

### Atención urgentemente necesaria cuando se encuentra en el área de servicios del plan

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

- usted obtiene este cuidado de un proveedor de la red; **y**
- usted cumple las demás normas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no es posible o razonable obtener la atención de un proveedor de la red debido al tiempo, al lugar o a las circunstancias, cubriremos la atención médica urgentemente necesaria que obtiene de un proveedor fuera de la red.

Puede encontrar centros de atención de urgencia dentro de la red en nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias* y en línea en [mmp.ilmeridian.com/member/benefits-coverage/tools-resources/provider-search.html](http://mmp.ilmeridian.com/member/benefits-coverage/tools-resources/provider-search.html). También puede llamar a Servicios al Miembro 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.

### Atención urgentemente necesaria cuando se encuentra fuera del área de servicios del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicios del plan, es posible que no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En este caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención médica urgentemente necesaria ni ningún otro servicio que reciba fuera de los Estados Unidos.

## 13. Atención en caso de desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a obtener atención de Meridian.

Si quiere información sobre cómo obtener atención necesaria en caso de desastre declarado, visite nuestro sitio web: [mmp.ilmeridian.com/resources/disaster-local-emergency-coverage.html](http://mmp.ilmeridian.com/resources/disaster-local-emergency-coverage.html).

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. En caso de que no pueda acceder a una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para obtener más información.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



---

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

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

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

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

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

Meridian cubre todos los servicios que cumplen con lo siguiente:

- sean médicamente necesarios; **y**
- se detallan en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D); **y**
- que usted reciba al cumplir las normas del plan.

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

Si desea saber si pagaremos por algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. Si le informamos que no pagaremos los servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9, Sección D, explica qué debe hacer si quiere que el plan cubra servicios o artículos médicos. También se indica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. Además, puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información sobre el derecho de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, deberá pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios al Miembro para averiguar cuáles son los límites y cuán cerca se encuentra de llegar a ellos.

---

## K. Cobertura de los servicios de atención de salud 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 que los médicos prueban nuevos tipos de atención de salud o medicamentos. 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 usted muestre interés, una persona que trabaja en él se pondrá en contacto con usted. Esta persona le informará sobre el estudio y evaluará si usted califica para participar en él. Usted puede permanecer en el estudio siempre que reúna las condiciones necesarias. Además debe comprender y aceptar lo que debe hacer durante el estudio.

Mientras esté en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De esa forma, continuará recibiendo servicios no relacionados con el estudio de nuestro plan.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le proporcionan cuidado como parte del estudio *no* necesitan ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacionales que requieren cobertura con el desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas 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 Servicios al Miembro para informarnos que estará en un ensayo clínico.

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

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estará cubierto para la mayoría de los productos y servicios que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

- Habitación y comidas para una hospitalización que Medicare hubiera pagado incluso si usted no estuviese participando en un estudio.
- Una cirugía u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones del nuevo tratamiento.

Si participa de un estudio que Medicare no ha **aprobado**, deberá pagar los costos que implica esa participación.

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

Puede obtener más información acerca de la inscripción en un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare & Clinical Research Studies” (Estudios de investigación clínica y de Medicare) en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://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.

---

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



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

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que proporciona el cuidado que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada es contrario a sus creencias religiosas, cubriremos los cuidados que reciba en una institución religiosa de este tipo.

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

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

Para recibir la asistencia de una institución religiosa de este tipo, debe firmar un documento legal que exprese que usted no desea recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- El cuidado o tratamiento médico "no exceptuado" se refiere al cuidado *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es cuidado que se recibe de manera *no voluntaria* y que *se requiere* por ley federal, estatal o local.

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

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si los servicios que recibe de esta institución se prestan en un centro, se aplicará lo siguiente:
  - Usted debe tener un problema de salud que le permitiría acceder a servicios cubiertos de internación en un hospital o un centro de enfermería especializada.
  - Debe obtener la aprobación de nuestro plan para que lo admitan en el centro, de lo contrario, la internación no estará cubierta.

La cobertura no tiene límite en cuanto a la atención para pacientes hospitalizados aprobada por el plan. Consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D, para obtener más información.

---

## M. Equipo médico duradero (DME)

### M1. Equipo médico duradero (DME) para el miembro de 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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

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

En esta sección, hablaremos del DME que debe alquilar. Como miembro de Meridian, normalmente el equipo alquilado no será de su propiedad, independientemente del tiempo por el que lo alquile.

En determinadas circunstancias, le transferiremos la propiedad del artículo del DME. Llame a Servicios al Miembro a fin de obtener información sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que necesita proporcionar.

Aunque haya tenido el equipo médico duradero hasta 12 meses consecutivos mientras era miembro 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. En un plan Medicare Advantage, el plan puede fijar la cantidad de meses durante los cuales las personas deben alquilar determinados tipos de DME antes de convertirse en sus propietarios.

**NOTA:** Puede encontrar 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 2025*. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtener una en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o solicitarla 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 con Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos que fije el plan Medicare Advantage para ser propietario del DME si ocurre lo siguiente:

- si no adquirió la propiedad del artículo del DME mientras estaba inscrito en nuestro plan; **y**
- si abandona el plan y obtiene sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare en lugar de un plan de salud.

Si realizó pagos por el artículo del DME de conformidad con el plan Original Medicare o el plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **dichos pagos no se computarán para los 13 pagos que debe realizar 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 plan Medicare Advantage, para ser propietario del DME.
- No se hacen excepciones a este requisito si regresa a un plan Original Medicare o

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Medicare Advantage.

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

Si califica para obtener equipos de oxígeno cubiertos por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- alquiler de equipos de oxígeno;
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- mantenimiento y reparación de equipos 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 **abandona nuestro plan y cambia a Original Medicare**, usted deberá alquilarlo a un proveedor durante 36 meses. Los pagos del alquiler mensual cubren el equipo de oxígeno y los suministros, y los servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, sucederá lo siguiente:

- el proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante 24 meses más;
- el proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno y los suministros por hasta 5 años, en caso de que sea médicamente necesario.

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

- el proveedor ya no está obligado a proporcionarlo y usted puede optar por obtener un reemplazo del equipo de cualquier proveedor;
- comienza un nuevo período de 5 años;
- usted alquilará el equipo a un proveedor durante 36 meses;
- luego, el proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante 24 meses más;
- cada 5 años comienza un nuevo ciclo, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



## Capítulo 4: Tabla de Beneficios

---

### Introducción

Este capítulo informa sobre los servicios que Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) cubre y todas las restricciones o los límites que tienen 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 miembro*.

### Índice

A. Los servicios cubiertos.....	58
A1. Durante emergencias de salud pública.....	58
B. Reglas contra proveedores que le cobran los servicios .....	58
C. Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	58
D. La Tabla de Beneficios .....	61
E. Beneficios cubiertos fuera de Meridian .....	113
E1. Atención para pacientes enfermos terminales .....	113
F. Beneficios no cubiertos por Meridian, Medicare ni Medicaid.....	114

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



---

## A. Los servicios cubiertos

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

Dado que recibe asistencia de Medicaid, usted no tiene que pagar por los servicios cubiertos, siempre y cuando siga las normas del plan. Consulte el Capítulo 3, Sección B, para obtener más información sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender cuáles son los servicios cubiertos, llame a Servicios al Miembro 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 relacionadas con una emergencia de salud pública (PHE). Durante una PHE, el plan proporcionará toda la cobertura necesaria para nuestros miembros. 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/resources/disaster-local-emergency-coverage.html](http://mmp.ilmeridian.com/resources/disaster-local-emergency-coverage.html) o comuníquese con el Departamento de Servicios al Miembro. Puede llamar a Servicios al Miembro 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 Medicare-Medicaid Plan (MMP) le facturen los servicios cubiertos. Nosotros pagamos directamente a los proveedores, y le evitamos cualquier gasto. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

**Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos.** Si recibe una factura, consulte el Capítulo 7, Sección A, o llame a Servicios al Miembro.

---

## C. Tabla de Beneficios de nuestro plan

En la Tabla de Beneficios en la Sección D, se indican los servicios que paga el plan. Se enumeran las categorías de servicios en orden alfabético y se detallan los servicios cubiertos. Se divide en dos secciones: Servicios generales ofrecidos a todos los miembros y Servicios basados en el hogar y la comunidad ofrecidos a los miembros que califican a través de un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad.

**Pagaremos los servicios detallados en la Tabla de Beneficios solo cuando se sigan las reglas que explicamos a continuación.**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



No tiene que pagar ningún servicio detallado en la Tabla de Beneficios, mientras cumpla con los siguientes requisitos de cobertura:

- Se deben brindar los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid según las normas establecidas por Medicare y Medicaid.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica o mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención que evita que vaya a un hospital o centro de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas o que son necesarios conforme a las normas de cobertura actuales de Medicare o Illinois Medicaid. 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 incapacidad, o aliviar un dolor intenso mediante el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.
- Para los nuevos miembros, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA puede no requerir autorización previa para ningún ciclo de tratamiento activo, incluso si fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, encontrará más información sobre el uso de los proveedores dentro y fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o un equipo de atención que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle una aprobación antes de que pueda consultar a algún profesional que no sea su PCP o a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina remisión del médico. En el Capítulo 3, Sección D, se brinda más información sobre cómo obtener una remisión del médico y las situaciones en las que no necesita obtenerla.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se denomina *autorización previa* (PA). Los servicios cubiertos que necesitan PA están marcados en negrita en la Tabla de beneficios. Además, debe obtener una PA para los siguientes servicios que no figuran en la Tabla de Beneficios:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de PA para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención en función de los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
  - Cualquier hospitalización programada (p. ej., cirugías electivas)
  - Cualquier servicio realizado por un proveedor fuera de la red
  - Valvuloplastia aórtica con catéter (TAVR, por sus siglas en inglés)
  - Cardiodesfibriladores implantables automáticos (AICD)
  - Procedimientos para el manejo del dolor
  - Terapia hiperbárica
  - Examen y tratamiento de infertilidad
  - Várices: Tratamiento quirúrgico y escleroterapia
  - Dispositivos de asistencia ventricular
  - Atención por maternidad de rutina
  - Implantes cardíacos
  - Estudios del sueño
  - Ecocardiografía transtorácica (TTE)
  - Procedimientos de angioplastia/endoprótesis coronaria
  - Estimuladores de crecimiento óseo
  - Mamografía 3D
  - Ultrasonido transcraneal
  - Endarterectomía carotídea (CEA, por sus siglas en inglés) y malla intravascular para arteria carótida (CAS, por sus siglas en inglés) y ecografía Doppler de aorta/carótida
  - Pruebas de esfuerzo pulmonar
  - Ecografía Doppler de extremidades

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- Registro del volumen del pulso
  - Ablación cardíaca
  - Cardioversión (interna/externa)
  - Artrodesis vertebral
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

## D. La Tabla de Beneficios

Servicios que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p><b>Detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>El plan cubrirá una sola ecografía para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de diagnóstico si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
	<p><b>Acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico</b></p> <p>El plan pagará hasta 12 consultas dentro de 90 días si tiene lumbalgia crónica que se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de una duración de 12 semanas o más;</li> <li>• no es específica (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no asociada con enfermedades infecciosas, inflamatorias o metastásicas);</li> <li>• no asociado con la cirugía; <b>y</b></li> <li>• no asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>El plan pagará 8 sesiones adicionales si mejora. Es posible que no reciba más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben abandonarse si no mejora o si empeora.</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Evaluación y orientación en caso de consumo indebido de alcohol</b></p> <p>El plan cubre un examen de uso indebido de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero no dependen de este. Esto incluye a mujeres embarazadas.</p> <p>Si se confirma su abuso de alcohol, el plan cubre hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personal al año (si puede y presta atención durante la sesión), con un médico o proveedor de atención primaria capacitado en un centro de cuidado primario.</p>	\$0
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia por tierra y por aire (avión y helicóptero). La ambulancia le trasladará hasta el lugar más cercano donde pueda recibir atención.</p> <p>Su condición debe ser lo suficientemente grave hasta el punto en que otras formas de trasladarse hasta un lugar de asistencia pudieran poner en peligro su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben estar aprobados por el plan.</p> <p>En casos que no sean emergencias, el plan puede pagar una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave hasta el punto en que otras formas de trasladarse hasta un lugar de asistencia pudieran poner en peligro su vida o su salud.</p>	\$0 <b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b>
 <p><b>Visita anual de bienestar</b></p> <p>Si ha estado en Medicare Part B durante más de 12 meses, puede obtener una revisión anual. Esta revisión es para crear o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan cubrirá una cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> No puede hacer su primer control anual dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Se le cubrirán los controles anuales una vez que haya tenido la cobertura de la Parte B durante 12 meses. No es necesario que haya realizado primero la consulta de "Bienvenida a Medicare".</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Medición de masa ósea</b></p> <p>El plan cubre ciertos procedimientos para miembros que califican (generalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de tener osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, determinan la pérdida ósea, y detectan la calidad ósea.</p> <p>El plan cubrirá los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. El plan también pagará a un médico que observe y comente sobre los resultados.</p>	\$0
 <p><b>Detección de cáncer de seno (mamografías)</b></p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● una mamografía como referencia entre los 35 y los 39 años;</li> <li>● una mamografía de diagnóstico cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante;</li> <li>● exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.</li> </ul>	\$0
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</b></p> <p>El plan cubre servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoría. Los miembros 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 suelen ser más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	\$0  <b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b>
 <p><b>Visitas para reducir el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</b></p> <p>Cubrimos una visita al año con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante esta consulta, su médico podrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● discutir el uso de aspirinas,</li> <li>● controlar su presión arterial, o</li> <li>● darle pautas para asegurarse de que esté alimentándose bien.</li> </ul>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan		Lo que usted debe pagar
	<p><b>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</b></p> <p>El plan cubre análisis de sangre para detectar la presencia de enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan irregularidades debidas a un alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Se pueden cubrir exámenes adicionales si su proveedor de atención primaria lo considera médicamente necesario.</p>	\$0
	<p><b>Detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</b></p> <p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Los exámenes de Papanicolaou y las exploraciones ginecológicas están cubiertas una vez cada 12 meses</li> </ul>	\$0
	<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>El plan cubre los ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) en pacientes que no presentan un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa en 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 de detección previa o un enema de bario.</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presentan un alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de diagnóstico. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</li> <li>• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Examen de diagnóstico de cáncer colorrectal (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Prueba multidiaria de DNA en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>● Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>● Enema de bario como alternativa a la colonoscopia en pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o la última colonoscopia de diagnóstico.</li> <li>● Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presentan un alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de diagnóstico o sigmoidoscopia flexible de diagnóstico.</li> </ul> <p>Los análisis de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de un resultado positivo en una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare.</p>	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Orientación para dejar de fumar</b></p> <p>Si usted consume tabaco pero no tiene síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan cubrirá dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses, como servicio preventivo. Este servicio es sin cargo para usted. Cada intento de asesoramiento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales.</li> </ul> <p>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o toma medicamentos cuyo efecto pueda verse afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan cubrirá dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales.</li> <li>• Si consume tabaco y está embarazada:</li> <li>• El plan cubrirá tres intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Este servicio es sin cargo para usted. Cada intento de asesoramiento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas personales.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>El plan cubre los siguientes servicios dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• exámenes limitados e integrales;</li> <li>• servicios de restauración;</li> <li>• dentaduras postizas;</li> <li>• Extracciones</li> <li>• sedación;</li> <li>• emergencias dentales;</li> <li>• servicios dentales necesarios para la salud de una mujer embarazada antes de dar a luz a su bebé.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios dentales (continuación)</b></p> <p>Nosotros pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta a la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p> <p>Meridian cubre los servicios dentales de acuerdo con el programa Medicaid estatal. La cantidad real y la frecuencia de los servicios pueden variar en función de las necesidades médicas.</p>	\$0
<p> <b>Detección de depresión</b></p> <p>El plan cubrirá un examen de detección de depresión por año. El examen de diagnóstico se debe realizar en un centro de atención primaria que pueda proporcionar un tratamiento de seguimiento y remisiones del médico.</p>	\$0
<p> <b>Detección de diabetes</b></p> <p>El plan cubrirá estos exámenes (incluye una prueba de glucosa en ayunas) si usted tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● presión arterial alta (hipertensión);</li> <li>● antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia);</li> <li>● obesidad;</li> <li>● antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa).</li> </ul> <p>Los exámenes podrán cubrirse en otros casos, por ejemplo en caso de que usted tenga sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede calificar para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b></p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Suministros para controlar la glucemia, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un monitor de glucemia;</li> <li>○ tiras reactivas para glucemia;</li> <li>○ lanceteros y lancetas;</li> <li>○ soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores.</li> </ul> </li> <li>● En el caso de personas con diabetes que tengan una enfermedad grave de pie diabético, el plan cubrirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (con las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario; ●</li> <li>○ 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).</li> </ul> </li> </ul> <p>El plan también cubrirá el ajuste de los zapatos terapéuticos de moldeado hecho a medida o los zapatos profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● En algunos casos, el plan cubrirá la capacitación para ayudarlo a manejar la diabetes.</li> </ul> <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 sean médicamente necesarias y cuenten con autorización previa.</p>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia comprende los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, <b>y</b></li> <li>● necesarios para tratar una emergencia médica.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor grave o lesiones graves. La condición es tan grave que en caso de no recibir atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resultase en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un riesgo grave para su salud o para la de su hijo no nacido; ○</li> <li>● un daño grave a las funciones corporales; ○</li> <li>● disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○</li> <li>● en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no hay tiempo suficiente para transferirla de forma segura a otro hospital antes del parto.</li> <li>○ transferirla a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad, o para la de su hijo no nacido.</li> </ul> </li> </ul> <p>La atención de emergencia solo está cubierta en 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 cuidado para pacientes internados después de estabilizar su emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta. Puede permanecer en el hospital fuera de la red durante para la atención de hospitalización únicamente si el plan lo aprueba. Una vez que su condición es estable, se le pedirá que utilice proveedores de la red para cualquier atención de seguimiento.</p>
<p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● examen de planificación familiar y tratamiento médico;</li> <li>● exámenes de laboratorio y diagnóstico en planificación familiar;</li> <li>● métodos de planificación familiar (píldoras, parches, anillo, IUD, inyecciones, implantes para control de natalidad);</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> <li>● suministros para la planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón cervical);</li> <li>● asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados;</li> <li>● orientación y pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (STI), HIV/AIDS y otras enfermedades relacionadas con el HIV;</li> <li>● tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI);</li> <li>● esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización; deben pasar al menos 30 días, pero no más de 180 días, entre la fecha en que firma el formulario y la fecha de la cirugía).</li> <li>● asesoría genética.</li> <li>● suplementos de ácido fólico y vitaminas prenatales con receta y dispensados por una farmacia.</li> </ul> <p>El plan también cubrirá 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"> <li>● tratamiento para condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye maneras artificiales para quedar embarazada);</li> <li>● servicios de preservación de fertilidad;</li> <li>● tratamiento para AIDS y otras enfermedades relacionadas con el HIV;</li> <li>● prueba genética</li> </ul>	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de reafirmación de género</b>            Para los miembros con un diagnóstico de disforia de género, el plan cubre los servicios de reafirmación de género. Algunas evaluaciones de detección y servicios están sujetos a requisitos de PA y remisión del médico.</p>	<p>\$0  <b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b>            Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</b>  <b>Programas para un mejor control de las enfermedades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meridian utiliza los lineamientos de la práctica según evidencia (lineamientos clínicos basados en las mejores investigaciones) como base para nuestros programas de administración de enfermedades. Estos programas lo ayudan a vivir lo más saludable posible y a sentirse mejor. Se aplican reglas de autorización y criterio.</li> </ul> <p><b>Educación para la salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meridian se asocia con recursos comunitarios y proveedores de planes de salud para alentar a los miembros del plan de salud a participar en eventos educativos para mejorar las habilidades de autocuidado y enfatizar estilos de vida saludables. Meridian también brinda a los miembros del plan de salud recursos de educación para la salud para mejorar las habilidades de autocuidado y promover la educación general en salud.</li> </ul> <p><b>Tecnologías de acceso remoto (incluidas las tecnologías basadas en telefonía/web y la Línea de Consultas con Enfermeras):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meridian ofrece acceso a visitas virtuales con médicos certificados las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, para ayudar a abordar una amplia variedad de preocupaciones/preguntas de salud. 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.</li> <li>La Línea de Consultas con Enfermeras las 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 con Enfermeras las 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 enfermero lo llamará con información adicional según sus preguntas y</li> </ul>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>necesidades de salud. Para comunicarse con la Línea de Consultas con Enfermeras de Meridian, llame al número de Servicios al Miembro que se encuentra en la parte posterior de este folleto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía anual en un centro de aptitud física participante, o para miembros que no viven cerca de un centro de aptitud física participante y prefieren hacer ejercicio en casa, consultar otra opción a continuación.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Programas de educación para la salud y el bienestar (continuación)</b></p> <p><b>Beneficio de membresía de gimnasio</b></p> <p>Los miembros pueden elegir entre los programas de ejercicios disponibles que se les enviarán sin costo alguno. Se incluye un equipo de seguimiento del estado físico Fitbit en el kit para el hogar.</p> <p>Para obtener más información con respecto a la membresía de gimnasio, llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en el reverso de este folleto).</p>	
<p><b>Servicios para la audición</b></p> <p>El plan cubre las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indicarán si necesita o no tratamiento médico. Se cubren como atención ambulatoria cuando las realice un médico, audiólogo, u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● pruebas de audición básicas y avanzadas;</li> <li>● asesoramiento para audífonos;</li> <li>● ajuste/evaluación de un audífono;</li> <li>● audífonos una vez cada tres años;</li> <li>● pilas y accesorios para audífonos;</li> <li>● reparación y reemplazo de piezas del audífono.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>
<p> <b>Detección del HIV</b></p> <p>El plan paga un examen de detección de HIV cada 12 meses para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● soliciten una prueba de detección de HIV, o</li> <li>● presenten alto riesgo de contraer HIV.</li> </ul> <p>En el caso de las mujeres embarazadas, el plan paga hasta tres pruebas de detección de HIV durante el embarazo.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Cuidados brindados por una agencia de atención médica en el hogar</b></p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de atención médica a domicilio, un médico debe decirnos que los necesita y una agencia de salud en el hogar debe proporcionarlos.</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● servicios de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio, de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos conforme al beneficio de atención de 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);</li> <li>● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla;</li> <li>● servicios médicos y sociales;</li> <li>● equipo médico y suministros.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Terapia de infusión en el hogar</b></p> <p>El plan pagará por la terapia de infusión en el hogar, definida como la terapia en que se administran medicamentos o sustancias biológicas por vena o se aplican debajo de la piel, y que se realiza en el hogar. Para realizar la infusión en el hogar se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● el medicamento o la sustancia biológica, como antiviral o inmunoglobulina;</li> <li>● el equipo, como una bomba; <b>y</b></li> <li>● suministros, como tubos o catéter.</li> </ul> <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención;</li> <li>● capacitación y educación de los miembros no incluidas en el beneficio de DME;</li> <li>● control a distancia; <b>y</b></li> <li>● servicios de control para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar que se hayan proporcionado mediante un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.</li> </ul>	\$0
<p><b>Atención para pacientes enfermos terminales</b></p> <p>Usted tiene derecho a seleccionar un centro para la atención de enfermos terminales en caso de que su proveedor y el director médico del centro determinen que su pronóstico es terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es como máximo de seis meses. Puede obtener atención de cualquier Programa de Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un Programa Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare. Su médico de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>El plan cubrirá lo siguiente mientras recibe servicios para enfermos terminales:</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> <li>● medicamentos para el tratamiento sintomático y del dolor;</li> <li>● cuidado de relevo de corto plazo;</li> <li>● cuidado en el hogar, incluidos servicios de un asistente de salud a domicilio;</li> <li>● servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla para controlar los síntomas;</li> <li>● servicios de asesoramiento.</li> </ul> <p><b>Los servicios para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B se facturan a Medicare.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información.</li> </ul> <p><b>Para los servicios cubiertos por Meridian que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Meridian cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B. El plan cubrirá los servicios, ya sea que estén relacionados con su pronóstico terminal o no. Usted no paga estos servicios.</li> </ul> <p><b>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Part D de Meridian:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3.</li> </ul>	
<p><b>Nota:</b> Si necesita atención que no está relacionada con la atención para pacientes terminales, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es atención para pacientes terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Puede comunicarse con 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 estatales y nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.</p>	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Inmunizaciones</b></p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vacuna contra la neumonía;</li> <li>• vacunas contra la influenza (gripe), una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias;</li> <li>• vacuna contra la hepatitis B, si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B;</li> <li>• Vacuna contra la COVID-19</li> <li>• otras vacunas si es una persona en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part B.</li> </ul> <p>El plan cubrirá otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de Medicare Part D. Consulte el Capítulo 6, Sección D, para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención de hospitalización</b></p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria);</li> <li>● comidas, incluidas dietas especiales;</li> <li>● servicios de enfermería regular;</li> <li>● costos de unidades de atención especial, tales como unidades de cuidados intensivos o atención coronaria;</li> <li>● fármacos y medicamentos;</li> <li>● pruebas de laboratorio;</li> <li>● Radiografías y otros servicios de radiología</li> <li>● suministros quirúrgicos y médicos que se requieran;</li> <li>● artefactos, tales como sillas de ruedas;</li> <li>● servicios de quirófano y habitaciones de recuperación;</li> <li>● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla;</li> <li>● servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados;</li> <li>● sangre, incluido su almacenamiento, sus componentes y su administración;</li> <li>● servicios médicos;</li> <li>● en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/vísceras múltiples.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo la atención de pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que la emergencia esté bajo control.</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</b></p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicios. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar las tarifas de Medicare, debe obtener los servicios de trasplante en un lugar local. Si no puede obtener sus servicios de trasplante de manera local o su proveedor nos ha indicado por qué necesita servicios fuera del patrón de atención de su comunidad, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. Todos los servicios de trasplante requieren autorización previa del plan. Los costos de alojamiento y viaje requieren la aprobación previa del plan y están sujetos a las limitaciones del plan. El plan solo organizará o pagará el alojamiento y los gastos de viaje para la atención relacionada con los servicios de trasplante. Para obtener más información sobre los servicios de trasplante, incluidas las limitaciones en los costos de viaje, llame a Servicios al Miembro a los números que figuran en la parte posterior de este folleto.</p>	
<p><b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</b></p> <p>El plan cubrirá la atención médica psiquiátrica médicamente necesaria en las instituciones aprobadas.</p>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización sin cobertura</b></p> <p>Si su hospitalización no es razonable ni necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, nosotros cubriremos ciertos servicios que reciba mientras usted se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada. El plan cubrirá los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● servicios médicos;</li> <li>● exámenes de diagnóstico, como pruebas de laboratorio;</li> <li>● Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y los servicios de los técnicos</li> <li>● apósitos quirúrgicos.</li> <li>● Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones.</li> <li>● Prótesis y aparatos ortopédicos que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos aparatos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente);</li> <li>○ reemplazan todo o parte de la función de un órgano interno que no funciona o que funciona de manera incorrecta.</li> </ul> </li> <li>● Aparatos ortopédicos de pierna, brazo, espalda y cuello, armaduras y ojos, brazos y piernas artificiales. Incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente</li> <li>● fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios y suministros para enfermedades renales</b></p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones fundamentadas sobre su atención. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Debe tener una enfermedad renal crónica en estadio IV, y su médico debe brindarle una remisión.</li> <li>○ El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal.</li> </ul> </li> <li>● 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, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él temporalmente.</li> <li>● Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial.</li> <li>● Capacitación en autodiálisis, incluida capacitación para usted y otras personas que lo ayuden con sus tratamientos de diálisis en el domicilio.</li> <li>● Equipos y suministros para diálisis en el domicilio.</li> <li>● Determinados servicios de apoyo domiciliario, tales como las visitas necesarias por trabajadores capacitados en diálisis para verificar cómo se realiza la diálisis en el hogar, para ayudarlo en caso de emergencia, y para controlar su equipo de diálisis y suministro de agua.</li> </ul> <p>El beneficio de medicamentos de Medicare Part B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B” en esta tabla.</p>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Detección de cáncer de pulmón</b></p> <p>El plan pagará el examen de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted cumple con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene entre 50 y 77 años; <b>y</b></li> <li>• Tiene una visita de orientación y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado; <b>y</b></li> <li>• 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.</li> </ul> <p>Después del primer examen, el plan pagará otro examen cada año con un pedido por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Comidas</b></p> <p><b>Comidas para tratamiento posagudo</b></p> <p>El Plan ofrece comidas entregadas a domicilio inmediatamente después de una hospitalización para ayudar en la recuperación de un miembro. 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><b>Comidas crónicas</b></p> <p>El Plan también ofrece comidas a domicilio como parte de un programa supervisado diseñado para que los miembros con condiciones crónicas hagan su transición a modificaciones en el estilo de vida. El miembro debe tener insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), asma, enfermedad de las arterias coronarias (CAD), diabetes o hipertensión a fin de 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>	<p>\$0</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Equipo médico y suministros relacionados</b></p> <p>Se cubren los siguientes tipos generales de servicios y artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● suministros médicos no duraderos, como apósitos quirúrgicos, vendas, jeringas desechables, suministros para la incontinencia, suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral;</li> <li>● equipo médico duradero (DME), como sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, andadores, camas de hospital solicitadas por el proveedor para utilizarse en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), humidificadores, dispositivos generadores del habla (para ver una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12, así como el Capítulo 3, Sección M, de este manual);</li> <li>● prótesis o aparatos ortopédicos, medias de compresión, calzado ortopédico, soportes de arco, plantillas;</li> <li>● equipos y suministros respiratorios, como equipo de oxígeno y equipo de CPAP y BIPAP;</li> <li>● reparación de equipo médico duradero, prótesis y aparatos ortopédicos;</li> <li>● alquiler de equipo médico en circunstancias en las que las necesidades del paciente son temporales.</li> </ul> <p>Para cumplir con los requisitos para el reembolso, algunos servicios pueden estar sujetos a la aprobación previa y/o a criterios médicos.</p> <p>Pagaremos todo el DME médicamente necesario que Medicare y Medicaid por lo general pagan. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted.</p>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo ordena el médico.</p> <p>El plan cubre tres horas de servicios de asesoramiento individual durante su primer año en que recibe servicios de terapia de nutrición según Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos dos horas de servicios de asesoría individual cada año. Si cambia su condición, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una remisión del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión anualmente si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.</p>	\$0
 <p><b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>El plan pagará por los servicios de MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarte a aumentar el comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● cambio nutricional a largo plazo;</li> <li>● aumento de la actividad física;</li> <li>● maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</li> </ul>	\$0
<p><b>Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Part B</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos conforme a Medicare Part 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.</p> <p>Meridian cubrirá los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o de un centro de cirugía ambulatoria.</li> <li>● Insulina suministrada a través de un elemento de un equipo</li> </ul>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Otros medicamentos que usted recibe mediante el uso de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan.</li> <li>● El medicamento para el Alzheimer, Leqembi (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV).</li> <li>● Los factores de coagulación que se administra usted mismo con inyecciones, si tiene hemofilia.</li> <li>● Medicamentos inmunosupresores y para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre, en el caso de que haya estado inscrito en Medicare Part A en el momento del trasplante de órgano.</li> <li>● Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos están cubiertos si usted está confinado en su hogar, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.</li> <li>● Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona con la instrucción correspondiente (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.</li> <li>● Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos para el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que nuevos medicamentos orales para el cáncer estén disponibles, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.</li> <li>● Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utiliza como</li> </ul>	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p>parte del régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, a las 48 horas o dentro de las 48 horas posteriores, o si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B para la ESRD lo cubre.</li> <li>● Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar.</li> <li>● Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos.</li> <li>● Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones determinadas (como Epogen<sup>®</sup>, Procrit<sup>®</sup>, Epoetin Alfa, Aranesp<sup>®</sup> o darbepoetina alfa, Mircera<sup>®</sup> o metoxipolietilenglicol-epoetina beta).</li> <li>● Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades primarias de inmunodeficiencia.</li> <li>● Nutrición parenteral y enteral (por vía IV y por sonda).</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Part B (continuación)</b></p> <p>En el siguiente enlace, encontrará una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: <a href="https://mmp.ilmeridian.com/pharmacy/formulary.html">https://mmp.ilmeridian.com/pharmacy/formulary.html</a>.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a Medicare Part B y la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, Sección A, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las normas que usted debe seguir para que se cubran sus recetas.</p> <p>En el Capítulo 6, Sección C, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	
<p><b>Transporte que no es de emergencia</b></p> <p>El plan cubrirá el transporte para que viaje hacia o desde sus consultas médicas si se trata de un servicio cubierto. Entre los tipos de transporte para casos que no son de emergencia se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Medicare</li> <li>● ambulancia que no sea para casos de emergencia;</li> <li>● vehículo de servicio;</li> <li>● taxi, autobús o metro;</li> <li>● transporte médico en furgoneta.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](https://mmp.ilmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención en un centro de enfermería (NF) y en un centro de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>El plan cubrirá los centros de enfermería especializada (SNF) y centros de atención intermedia (ICF). El plan cubrirá los siguientes servicios y, tal vez, otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● una habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria, y su mantenimiento y limpieza;</li> <li>● comidas, incluidas las comidas especiales, sustitutos alimenticios y suplementos nutricionales;</li> <li>● servicios de enfermería y supervisión de residentes;</li> <li>● servicios médicos;</li> <li>● fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla;</li> <li>● medicamentos y otros medicamentos disponibles a través de una farmacia sin receta, solicitados por su médico como parte de su plan de atención, incluidos los medicamentos de venta libre y su administración;</li> <li>● equipo médico duradero no personalizado (como sillas de ruedas y andadores);</li> <li>● artículos de suministro médico y quirúrgico (tales como vendas, suministros de administración de oxígeno, suministros de cuidado bucal y equipo; un tanque de oxígeno por residente al mes);</li> <li>● servicios adicionales proporcionados por un centro de enfermería en cumplimiento de los requisitos estatales y federales.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	<p>Cuando sus ingresos superan un monto permitido, debe contribuir al costo de los servicios. Esto se conoce como el monto del pago del paciente y es necesario si vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que no tenga que pagar una cantidad cada mes.</p> <p>La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en los centros de enfermería.</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención en centro de enfermería (NF) y centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> <p>Por lo general, recibirá atención en los centros de la red. No obstante, usted podría recibir atención en un centro fuera de la red. Puede recibir atención de los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un centro de convalecencia o comunidad de retiro que ofrezca cuidados continuos donde usted haya vivido antes de ir al hospital (siempre que preste los cuidados de un centro de enfermería);</li> <li>● un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted abandone el hospital.</li> </ul>	
<p> <b>Detección de obesidad y terapia para la pérdida de peso</b></p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan cubrirá asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Deberá recibir el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De este modo, podrá gestionarse junto con la totalidad de su plan de prevención. Consulte a su proveedor de atención primaria para obtener más detalles.</p>	\$0
<p><b>Servicios del Programa para el Tratamiento por Uso de Opioides (OTP)</b></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"> <li>● actividades de ingesta;</li> <li>● evaluaciones periódicas;</li> <li>● medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, la administración de estos medicamentos;</li> <li>● asesoramiento para trastornos por consumo de sustancias;</li> <li>● terapia individual y grupal;</li> <li>● pruebas de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas).</li> </ul>	\$0 Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Radiografías</li> <li>● terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros para los técnicos;</li> <li>● pruebas de laboratorio;</li> <li>● sangre, sus componentes y su administración;</li> <li>● otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan paga los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita admisión en el hospital como “paciente hospitalizado”.</li> <li>○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser considerado un “paciente ambulatorio”.</li> <li>○ Para saber en qué casos es considerado paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte esta hoja informativa: <a href="http://www.medicare.gov/media/11101">www.medicare.gov/media/11101</a>.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pruebas de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital</li> <li>● Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ella se requeriría un tratamiento para pacientes hospitalizados</li> <li>● Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>● Suministros médicos, tales como férulas y yesos</li> <li>● Exámenes de detección y servicios preventivos que se mencionan en la Tabla de beneficios</li> <li>● Algunos medicamentos que no se puede administrar usted mismo</li> </ul>	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan cubrirá los servicios de salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un psiquiatra o médico con licencia para ejercer en el estado,</li> <li>● un psicólogo clínico,</li> <li>● un trabajador social clínico,</li> <li>● un especialista en enfermería clínica,</li> <li>● un profesional de enfermería (NP);</li> <li>● un asociado médico,</li> <li>● un asesor clínico profesional con licencia (LPC);</li> <li>● un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT);</li> <li>● Centros de salud mental comunitarios (CMHC),</li> <li>● Clínicas de salud conductual (BHC),</li> <li>● hospitales;</li> <li>● clínicas de tarifa por encuentro, como centros de salud habilitados federalmente (FQHC); o</li> <li>● cualquier otro profesional en salud mental autorizado por Medicare según lo permitan las leyes aplicables del estado.</li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	<p>\$0</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención de salud mental de pacientes ambulatorios (continuación)</b></p> <p>El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● servicios clínicos prestados bajo la dirección de un médico;</li> <li>● servicios de rehabilitación recomendados por un médico o un médico autorizado de artes curativas, como la evaluación integrada y la planificación del tratamiento, la intervención en crisis, la terapia y la administración de casos;</li> <li>● servicios de tratamiento diurno;</li> <li>● servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, como los servicios de opción de clínica Tipo A y Tipo B.</li> </ul> <p>Los servicios específicos que cada tipo de proveedor mencionó anteriormente puede entregar y cualquier control de utilización sobre dichos servicios se determinarán por el plan de conformidad con las leyes federales y estatales, y todas las políticas y/o acuerdos aplicables.</p>	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de crisis de salud mental para pacientes ambulatorios (ampliados)</b></p> <p>Además de los servicios de intervención en crisis, el plan cubrirá los siguientes servicios de crisis médicamente necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta móvil para situaciones de crisis (MCR, por sus siglas en inglés): MCR es un servicio móvil, de tiempo limitado para la reducción de los síntomas de crisis, estabilización y restauración al nivel anterior de funcionamiento.</li> </ul> <p>Los servicios de MCR requieren un monitoreo en persona mediante un instrumento de monitoreo de crisis aprobado por el estado y pueden incluir: intervención a corto plazo, planificación de seguridad en caso de crisis, asesoría breve, consulta con otros proveedores calificados y remisión del médico a otros servicios de la comunidad de salud mental.</p> <p>Para acceder a los servicios de MCR, los miembros 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). CARES despachará a un proveedor local a la ubicación del miembro del plan de salud en crisis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabilización de la crisis: Los servicios de estabilización de la crisis son apoyos intensivos y por tiempo limitado, disponibles hasta 30 días después de un evento MCR para prevenir crisis de salud conductual adicional. Los servicios de estabilización de la crisis proporcionan apoyo basado en las fortalezas de manera individual en el hogar o la comunidad.</li> </ul> <p>El plan de salud cubrirá los servicios de respuesta de evaluación móvil para situaciones de crisis y servicios de estabilización de la crisis ofrecidos por los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de salud mental comunitarios con certificación estatal para casos de crisis</li> <li>• clínicas de salud del comportamiento con una certificación de crisis del estado.</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan cubrirá la terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de los departamentos de pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan cubrirá la cirugía para pacientes ambulatorios y los servicios en centros para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Medicamentos de venta libre (OTC)</b></p> <p>El plan cubre artículos de venta libre 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 miembros pueden usar su beneficio de artículos OTC para comprar artículos OTC elegibles de ubicaciones participantes o del catálogo de artículos OTC para la entrega en su hogar. Los artículos cubiertos por el beneficio se limitan a los artículos que cumplen con las directrices de los CMS en la versión más reciente del Capítulo 4 del Manual de atención administrada de Medicare. El valor del artículo adquirido 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 se puede canjear por efectivo.</p> <p>Puede utilizar su tarjeta en las tiendas participantes minoristas, a través de una aplicación móvil o puede iniciar sesión en su portal para miembros para realizar un pedido de entrega a domicilio.</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Artículos de marca y genéricos de venta libre</li> <li>● Vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y la alergia, artículos para la diabetes</li> <li>● Utilice el escáner de códigos de barras integrado en la aplicación para localizar artículos aprobados en tiendas o inicie sesión en el portal para miembros o consulte su catálogo.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> En ciertas circunstancias, el equipo de diagnóstico y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Siempre que sea posible, debe usar los beneficios médicos de nuestro plan antes de gastar su cantidad asignada de OTC para estos artículos.</p>	<p>\$0</p> <p>Como beneficio adicional, nuestro plan cubre hasta \$50 por mes calendario en artículos de venta libre (OTC) elegibles.</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>Algunos artículos pueden tener un límite de cantidad y se indican en su catálogo. Los múltiplos de artículos individuales pueden ser limitados, por pedido. 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 miembro.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o un centro de salud mental de la comunidad. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia. Puede ayudarlo a evitar tener que quedarse en el hospital.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo mediante terapia de salud del comportamiento (mental) que se proporciona 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 brinde servicios más intensos que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intensos que la hospitalización parcial.</p> <p><b>Nota:</b> Debido a que no hay centros de salud mental de la comunidad en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</b></p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atención de salud o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que se presten en lugares tales como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ consultorios médicos</li> <li>○ centros quirúrgicos ambulatorios habilitados</li> <li>○ departamentos ambulatorios de hospitales</li> </ul> </li> <li>● Consulta, diagnóstico, y tratamiento a cargo de un especialista</li> <li>● Exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por un médico especialista, si su médico los solicita para saber si necesita tratamiento</li> <li>● Determinados servicios de telesalud, entre otros: Servicios urgentemente necesarios, servicios de salud en el hogar, médico de atención primaria, médico especialista, sesiones individuales de salud mental, servicios de podología, otro profesional de atención de salud, sesiones individuales para servicios de psiquiatría, sesiones individuales ambulatorias para abuso de sustancias y capacitación para el autocontrol de la diabetes <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por medio 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.</li> </ul> </li> <li>● Algunos servicios de telesalud, incluida la consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare</li> <li>● Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal con sede en un hospital o un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral</li> <li>● Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental recurrente</li> <li>● Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si ocurre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud.</li> <li>○ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.</li> <li>○ Se pueden hacer excepciones a las condiciones anteriores en determinadas circunstancias.</li> </ul> </li> <li>● Servicios de telesalud para consultas de salud mental provistos por clínicas de salud rural y centros de salud con calificación federal.</li> <li>● Verificaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat por video) con su médico durante 5 a 10 minutos si ocurre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted es paciente existente <b>y</b></li> <li>○ El control no está relacionado con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos <b>y</b></li> <li>○ El control no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si ocurre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted es paciente existente <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada dentro de los 7 días previos <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no origina una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la cita disponible más cercana.</li> </ul> </li> <li>● 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.</li> <li>● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía</li> <li>● Cuidado dental no rutinario. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ cirugía de la mandíbula o de estructuras relacionadas,</li> <li>○ recolocación de huesos fracturados faciales o de la mandíbula,</li> <li>○ extracción de dientes antes de la radioterapia del cáncer neoplásico, <b>o</b></li> <li>○ servicios que estarían cubiertos si fueran proporcionados por un médico.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>El plan cubrirá los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo);</li> <li>● cuidado rutinario de los pies para los miembros con condiciones que afectan las piernas, como la diabetes.</li> </ul>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>El plan abarcará un examen digital rectal y una prueba de antígeno prostático específico (PSA) una vez cada 12 meses para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hombres de 50 años o más;</li> <li>• Hombres afroamericanos de 40 años o más</li> <li>• hombres de 40 años o más con antecedentes familiares de cáncer de próstata.</li> </ul>	\$0
<p><b>Prótesis, aparatos ortopédicos y suministros relacionados</b></p> <p>Las prótesis reemplazan completamente o de manera parcial una parte del cuerpo o función. Estas medidas incluyen, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pruebas, adaptación o capacitación en el uso de prótesis y aparatos ortopédicos;</li> <li>• bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía;</li> <li>• marcapasos;</li> <li>• aparatos ortopédicos;</li> <li>• calzado protésico;</li> <li>• brazos y piernas artificiales;</li> <li>• prótesis mamarias (incluido sostén quirúrgico después de una mastectomía).</li> </ul> <p>El plan también cubrirá algunos suministros relacionados con las prótesis y los aparatos ortopédicos. También pagará su reparación o reemplazo.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de la remoción de cataratas o de la cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>El plan cubrirá los programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada a muy grave. El miembro debe contar con una remisión para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la enfermedad.</p>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>
<p> <b>Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación</b></p> <p>El plan cubrirá los exámenes para la clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que presentan un mayor riesgo de tener una STI. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones de asesoramiento individuales conductual personal de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (STI). Cada sesión dura entre 20 y 30 minutos. El plan cubrirá estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo solo si las proporciona un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como por ejemplo el consultorio de un médico.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios para trastornos por consumo de sustancias</b></p> <p>El plan cubrirá los servicios para trastorno por consumo de sustancias proporcionados por los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un centro de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias con licencia estatal;</li> <li>● hospitales.</li> </ul> <p>El plan cubrirá los siguientes tipos de servicios médicamente necesarios para el abuso de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● servicios para pacientes ambulatorios (grupales o individuales), como evaluación, terapia, control de medicamentos y evaluación psiquiátrica;</li> <li>● Tratamiento asistido por medicamentos (MAT) para la dependencia de opioides, como pedir y administrar metadona, manejar el plan de atención y coordinar otros servicios para tratar el trastorno por abuso de sustancias,</li> <li>● servicios ambulatorios intensivos (grupales o individuales);</li> <li>● servicios de desintoxicación; <b>y</b></li> <li>● algunos servicios residenciales, como servicios de rehabilitación a corto plazo.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión del médico.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</b></p> <p>Se cubrirá la terapia de ejercicios supervisada para miembros con enfermedad de la arteria periférica (PAD) sintomática que tienen una remisión por PAD del médico responsable del tratamiento. El plan pagará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET;</li> <li>● 36 sesiones adicionales con el tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesario.</li> </ul> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ser un conjunto de sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento físico para PAD en los miembros con calambres en las piernas debido al poco torrente sanguíneo (claudicación)</li> <li>● realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico;</li> <li>● suministrarlo personal calificado que asegure que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD;</li> <li>● estar bajo la supervisión directa de un médico, asociado médico o profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado.</li> </ul>	<p>\$0</p> <p><b>Pueden aplicarse normas de autorización previa.</b></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención urgentemente necesaria</b></p> <p>La atención de urgencia es atención que se brinda para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● lo que no sea una emergencia, ○</li> <li>● una enfermedad médica imprevista; ○</li> <li>● una lesión, ○</li> <li>● una condición que requiera de atención inmediata.</li> </ul> <p>Si necesita atención urgentemente necesaria, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede consultar a proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red porque, debido al tiempo, al lugar o a las circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista pero que no es una emergencia médica).</p> <p>La atención médica urgentemente necesaria solo está cubierta en los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Atención de la vista</b></p> <p>El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Exámenes oculares anuales de rutina <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gafas (lentes y marcos)</li> <li>○ Límite de marcos de un par en un período de 24 meses</li> </ul> </li> <li>● Límite de lentes de un par en un período de 24 meses, pero posibilidad de obtener más cuando sea médicamente necesario, con aprobación previa</li> <li>● Ojos artificiales a medida</li> <li>● Dispositivos para corregir deficiencias visuales</li> <li>● Lentes de contacto y lentes especiales cuando sean médicamente necesarios, con aprobación previa</li> </ul> <p>Para cumplir con los requisitos para el reembolso, algunos servicios pueden estar sujetos a la aprobación previa y/o a criterios médicos.</p> <p>El plan cubre los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales de retinopatía diabética en personas diabéticas y tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p><b>La descripción de este beneficio continúa en la página siguiente.</b></p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios que paga el plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención de la vista (continuación)</b></p> <p>En el caso de las personas con un alto riesgo de tener glaucoma, cubriremos un examen de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● personas con historial familiar de glaucoma,</li> <li>● personas con diabetes,</li> <li>● afroamericanos de 50 años o más, <b>y</b></li> <li>● hispanoamericanos de 65 años o más.</li> </ul> <p>El plan cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el doctor coloque un lente intraocular. (Si tiene dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso cuando no hubiese recibido un par de anteojos después de la primera cirugía).</p>	
<p> <b>Visita Preventiva “Bienvenido a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre la visita preventiva por única vez “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● una revisión de su estado de salud,</li> <li>● educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes r inyecciones), <b>y</b></li> <li>● derivaciones para otras prestaciones en caso de que corresponda.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solo durante los primeros 12 meses en los que usted cuente con la cobertura de Medicare Part B. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar una consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios comunitarios y en el hogar cubiertos por nuestro plan		Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicio de cuidado diurno para adultos</b></p> <p>El plan cubre actividades de día estructuradas en un programa de supervisión y atención directa si usted califica. Este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporciona atención personal.</li> <li>• Promueve el bienestar social, físico y emocional.</li> </ul>	\$0	
<p><b>Residencia asistida</b></p> <p>Si califica, las Instalaciones de vivienda de apoyo proporcionan una alternativa a la ubicación en un Centro de enfermería. En algunos de los servicios se incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ayuda con actividades de la vida diaria;</li> <li>• servicios de enfermería;</li> <li>• cuidado personal;</li> <li>• administración de medicamentos;</li> <li>• limpieza del hogar;</li> <li>• personal de seguridad/respuesta las 24 horas</li> </ul>	\$0	
<p><b>Habilitación (diaria)</b></p> <p>El plan cubre la habilitación de día, que ayuda con la retención o mejora de la autoayuda, la socialización y las habilidades adaptables fuera del hogar si cumple con los requisitos.</p>	\$0	
<p><b>Comidas a domicilio</b></p> <p>El plan cubre comidas preparadas para llevar a su hogar si califica.</p>	\$0	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios comunitarios y en el hogar cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Asistente de salud a domicilio</b></p> <p>El plan cubre servicios de un asistente de salud a domicilio, bajo la supervisión de un enfermero titulado (RN, del inglés Registered Nurse) u otro profesional, si usted califica. Los servicios pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● cambios de apósito simples;</li> <li>● ayuda con medicamentos.</li> <li>● actividades de apoyo para las terapias especializadas;</li> <li>● cuidado rutinario de prótesis y aparatos ortopédicos.</li> </ul>	\$0
<p><b>Modificaciones en el hogar</b></p> <p>El plan cubre las modificaciones de su hogar si usted califica. Las modificaciones se deben diseñar para garantizar su salud, seguridad y bienestar, o para que sea más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● rampas;</li> <li>● barras de sujeción;</li> <li>● ensanchamiento de puertas.</li> </ul>	\$0
<p><b>Servicios domésticos</b></p> <p>El plan cubre los servicios de atención en el hogar proporcionados en su hogar o comunidad si califica. En estos servicios se puede incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un trabajador que lo ayudará con la lavandería;</li> <li>● un trabajador que lo ayudará con la limpieza;</li> <li>● capacitación para mejorar sus habilidades de vida en la comunidad.</li> </ul>	\$0
<p><b>Servicios de enfermería</b></p> <p>El plan cubre los servicios de enfermería por turno e intermitente de un enfermero registrado (RN) o el enfermero práctico licenciado (LPN) si cumple con los requisitos.</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Servicios comunitarios y en el hogar cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Asistente personal</b></p> <p>El plan cubre un asistente personal para ayudarlo con las actividades de la vida diaria si califica. Estas actividades incluyen, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● baño;</li> <li>● comer;</li> <li>● vestirse;</li> <li>● lavar la ropa.</li> </ul>	\$0
<p><b>Sistema personal de respuesta de emergencia</b></p> <p>El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar que asegura la ayuda en caso de emergencia si califica.</p>	\$0
<p><b>Atención de relevo</b></p> <p>El plan cubre servicios de relevo para brindar alivio a un familiar no pago o al cuidador primario que satisface todas sus necesidades de servicio si usted califica. Se aplican ciertas limitaciones.</p>	\$0
<p><b>Equipo médico duradero y suministros especializados</b></p> <p>Si usted califica, 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 podrían incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Elevador de pacientes</li> <li>● bancos/sillas de ducha;</li> <li>● elevador de escalera;</li> <li>● rieles de la cama.</li> </ul>	\$0
<p><b>Terapias</b></p> <p>El plan cubre la terapia ocupacional, física y del habla si califica. Estas terapias se centran en las necesidades de recuperación de las habilidades a largo plazo más que en las necesidades restaurativas agudas a corto plazo.</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://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).

### E1. Atención para pacientes enfermos terminales

Usted tiene derecho a seleccionar un centro para la atención de enfermos terminales en caso de que su proveedor y el director médico del centro determinen que su pronóstico es terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es como máximo de seis meses. Puede obtener atención de cualquier Programa de Atención para Pacientes Terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar Programas de Atención para Pacientes Terminales certificados por Medicare. Su médico de atención para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que paga Meridian mientras recibe servicios de atención para pacientes terminales.

#### **Para los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B que están relacionados con su enfermedad terminal:**

- El prestador de servicios de atención para pacientes terminales deberá facturar a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios para la atención de enfermos terminales relacionados a su pronóstico terminal. Usted no paga estos servicios.

#### **Para los servicios cubiertos por Medicare Part A o B que no estén relacionados con su pronóstico terminal:**

- El proveedor facturará sus servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare Part A o B. No debe pagar por estos servicios.

#### **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Part D de Meridian:**

- Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para pacientes terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3.

**Nota:** Si necesita atención que no está relacionada con la atención para pacientes terminales, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención que no es atención para pacientes terminales es atención que no está relacionada con el diagnóstico de una enfermedad terminal. 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## F. Beneficios no cubiertos por Meridian, Medicare ni Medicaid

En esta sección, se le indica qué tipos de beneficios se excluyen del plan. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los cubren.

En la siguiente tabla se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia, y algunos que se excluyen del plan solo en algunos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (o en cualquier otro lugar de este *Manual del miembro*), salvo en las condiciones específicas enumeradas. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si cree que debemos cubrir un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Si quiere obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.

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

- Los servicios considerados no "razonables y necesarios", de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en la lista de nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, artículos y medicamentos, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección K, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y productos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando es médicamente necesario y Medicare lo paga.
- Una sala privada en un hospital, excepto cuando es médicamente necesaria.
- Servicios de enfermeros privados.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como un teléfono o un televisor.
- Cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo.
- Honorarios facturados por sus familiares directos o personas que residan en su vivienda.
- Procedimientos o servicios electivos o voluntarios de mejoramiento (que incluyen la pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético,

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



finés cosméticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario.

- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y para que quede en armonía con la otra mama.
- Atención quiropráctica, que no sea la manipulación manual de la columna conforme a los lineamientos de cobertura de Medicare.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK.
- Inversión de los procedimientos de esterilización.
- Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a los veteranos en los centros de Veterans Affairs (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Los miembros siguen siendo responsables de sus montos de costos compartidos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://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 para obtener medicamentos recetados 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 Part D y Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) también cubre los siguientes medicamentos, aunque estos no se detallan en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Part A. Estos incluyen algunos medicamentos que se le administran mientras usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Part B. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que le aplican durante una consulta con un médico u otro proveedor y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Si quiere obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Part B están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

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

El plan cubrirá por lo general sus medicamentos siempre y cuando usted cumpla las normas de 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 a menudo es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha remitido para su atención.
2. Su profesional que expide recetas no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
3. Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para abastecer su receta. También puede surtir su receta a través del servicio de compra por correo del plan.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



4. El medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. La denominamos “*Lista de Medicamentos*” para abreviar. (Consulte la Sección B de este capítulo).
  - Si no está en la *Lista de medicamentos*, podríamos cubrirlo ofreciéndole una excepción.
  - Consulte el Capítulo 9, Sección F2, para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.
5. Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o respaldado por otros puntos de referencia médica. 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 incapacidad importante, o bien aliviar un dolor intenso a través del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.
6. Su medicamento puede requerir aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la Sección C.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas.....	120
A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red.....	120
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta médica.....	120
A3. Qué debe hacer si cambia a otra farmacia de la red.....	120
A4. Qué debe hacer si su farmacia abandona la red.....	120
A5. Cómo comprar en una farmacia especializada.....	121
A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener medicamentos.....	121
A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo.....	123
A8. Cómo comprar en una farmacia que no está en la red del plan.....	124
A9. Reembolso en caso de que usted pague un medicamento que requiere receta médica.....	124
B. La <i>Lista de medicamentos</i> del plan.....	125
B1. Medicamentos en la <i>Lista de medicamentos</i> .....	125
B2. Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> .....	125
B3. Medicamentos que no están en la <i>Lista de medicamentos</i> .....	126
B4. Niveles de la <i>Lista de medicamentos</i> .....	127
C. Límites de algunos medicamentos.....	127
D. Razones por las que un medicamento puede no estar cubierto.....	129
D1. Cómo obtener un suministro temporal.....	129
E. Cambios en la cobertura de medicamentos.....	132
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	134
F1. Si está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y la internación está cubierta por el plan.....	134
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo.....	134
F3. Si se encuentra en un programa de atención para pacientes terminales certificado por	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Medicare..... 135

G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos ..... 135

    G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura ..... 135

    G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos ..... 136

    G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura..... 137

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://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, sus recetas médicas están cubiertas **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 miembros 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 Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios al Miembro o su coordinador de atención.

### A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta médica

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de ID de miembro de Meridian** en la farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) los medicamentos cubiertos recetados.

Si no tiene su tarjeta de ID de miembro 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.** Usted puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios al Miembro de inmediato. Haremos todo lo posible para ayudarle.

- Para saber cómo puede solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección A.
- Si necesita ayuda para surtir una receta médica, puede llamar a Servicios al Miembro 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, puede solicitar que un proveedor le expida una nueva o que su farmacia transfiera la receta a la farmacia nueva si le quedan resurtidos.

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

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

Si la farmacia a la que usted acude abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia de la red. Le enviaremos una carta para notificarle si una farmacia a la que acude abandona la red y lo ayudaremos a encontrar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



su área, puede obtener ayuda de Servicios al Miembro (los números de teléfono están impresos en la parte inferior de esta página) o utilizar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [mmp.ilmeridian.com/member/benefits-coverage/tools-resources/provider-search.html](http://mmp.ilmeridian.com/member/benefits-coverage/tools-resources/provider-search.html).

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención (el número de teléfono figura en la parte inferior de esta página).

## A5. Cómo comprar en una farmacia especializada

A veces, las recetas deben dispensarse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de centros de cuidado a largo plazo, como los centros de convalecencia.
  - Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo cuentan con sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de atención médica a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no está en nuestra red o si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios al Miembro.
- Farmacias que prestan servicios del Programa de Salud para Comunidades Indígenas, Tribales y Urbanas. Excepto en caso de emergencias, solo los indígenas norteamericanos o de Alaska pueden acceder a estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la 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 Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

## A6. Uso de los servicios de pedido por correo para obtener medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles para entrega por correo son medicamentos que

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



usted toma en forma regular para un problema de salud crónico o de largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están señalados con “NM” en nuestra *Lista de Medicamentos*.

El servicio de compra por correo de nuestro plan le permite solicitar hasta un suministro de 100 días. Un suministro de 100 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 10 a 14 días. Si su pedido por correo se retrasa, llame a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711). O inicie sesión en [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx).

### **Procesos de compra por correo**

El servicio de correo tiene distintos procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente de su proveedor, y el resurtido de los medicamentos que pida por correo:

#### **1. Recetas médicas nuevas que usted presenta en la farmacia**

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

#### **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 de salud, 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 de salud. 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 compra por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](https://www.mmp.ILmeridian.com).



Si nunca ha utilizado el servicio de entrega de compras por correo y/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 de salud 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.
- Es importante que responda todas las veces que la farmacia le contacte, para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar 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 de salud, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

### 3. Volver a surtir recetas médicas de compra por correo

Para volver a surtir sus medicamentos, tiene la opción de suscribirse al programa de resurtido automático. Según este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que usted está cerca del momento en que se le terminará su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados en caso de que tenga medicamentos suficientes o en caso de que su medicamento haya cambiado.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, 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 Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711).

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, por favor asegúrese de informar a la farmacia cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted. Debe verificar su información de contacto cada vez que realice un pedido, en el momento de inscribirse en el programa de resurtido automático o si su información de contacto cambia.

## A7. Cómo obtener el suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo en nuestra *Lista de Medicamentos* del plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de forma regular para tratar condiciones médicas crónicas o a largo plazo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el *Directorio de Proveedores y Farmacias* se informa qué farmacias pueden proveerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicios al Miembro 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 un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Consulte la Sección A6 anterior para obtener información sobre los servicios de compra por correo.

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

Por lo general, ofrecemos la cobertura si se surten los medicamentos en una farmacia fuera de la red únicamente cuando usted no puede utilizar 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 miembro de nuestro plan.

En estos casos, consulte primero a Servicios al Miembro para saber si hay una farmacia de la red cercana. Es posible que deba pagar la diferencia entre el precio que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan 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 nacional o a otra situación de emergencia de la salud pública.

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

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

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

Si quiere obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7, Sección A.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



---

## **B. La Lista de medicamentos del plan**

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

Los medicamentos de esta *Lista de medicamentos* son seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le informa si existe alguna norma que deba cumplir para recibir los medicamentos.

Por lo general cubriremos un medicamento que esté en la *Lista de medicamentos* del plan siempre y cuando usted cumpla las normas que se explican en este capítulo.

### **B1. Medicamentos en la *Lista de medicamentos***

La *Lista de medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Part D y algunos medicamentos recetados y medicamentos y artículos 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 productos biológicos son medicamentos más complejos que los típicos. 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 componentes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares tienen la misma eficacia que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y suelen costar menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan de la misma manera. Si quiere obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

### **B2. Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de Medicamentos***

Para saber si un medicamento que toma está en la *Lista de medicamentos*, haga lo siguiente:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- Consulte la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan: [mmp.ilmeridian.com/pharmacy/formulary.html](http://mmp.ilmeridian.com/pharmacy/formulary.html). La *Lista de medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios al Miembro 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](http://mmp.ILmeridian.com) o llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro. 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 condición.

### **B3. Medicamentos que no están en la *Lista de medicamentos***

El plan no cubre todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están 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 Medicare-Medicaid Plan (MMP) no pagará los medicamentos que se encuentren en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si a usted le recetan un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si usted cree que en su caso deberíamos pagar un medicamento excluido, puede presentar una apelación. (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F5).

Las siguientes tres normas generales se aplican a los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios (que incluye medicamentos de la Parte D y de Medicaid) del plan no puede pagar por los medicamentos que ya estarían cubiertos por Medicare Part A o Part B. Los medicamentos cubiertos por Medicare Part A o Part B están cubiertos por el beneficio médico de nuestro plan de Meridian sin costo, pero no se consideran parte de los beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o debe estar respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su condición. Su médico u otro proveedor podría recetarle un determinado medicamento para tratar su condición, incluso cuando no hubiese sido aprobado para tal fin. Esto se denomina "uso fuera de la indicación". Nuestro plan por lo general no cubre medicamentos con prescripciones de uso fuera de lo indicado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Además, por ley, los tipos de medicamentos que figuran a continuación no están cubiertos por Medicare ni por Medicaid.

- Medicamentos utilizados para mejorar la fertilidad.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para fortalecer el crecimiento capilar.
- 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 empresa que los fabrica indica que solo ellos pueden realizarle exámenes o prestarle servicios.

#### **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 generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos 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 recetados/OTC que no son de Medicare) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca recetados y de venta libre (OTC) que están cubiertos por Medicaid.

Para saber a qué nivel pertenece su medicamento, búsquelo en la *Lista de medicamentos* del plan.

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

---

### **C. Límites de algunos medicamentos**

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. En general, nuestras reglas le ayudarán a obtener un medicamento que funciona para su condición médica y es seguro y eficaz.

Cuando un medicamento seguro, de bajo costo, tuviera los mismos resultados que un medicamento más caro, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de bajo costo.

**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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



ejemplo, su proveedor deberá informarnos primero su diagnóstico o los resultados de un análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, debe solicitarnos una excepción. Queda a nuestra discreción permitirle utilizar el medicamento sin tomar las medidas adicionales o no.

Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F2.

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

Por lo general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable actúa de igual manera que un medicamento de marca o producto biológico original y suelen costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica o biosimilar intercambiable, respectivamente.

- Normalmente, no pagaremos por el medicamento de marca o producto biológico original cuando hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico, el biosimilar sustituible ni otros medicamentos cubiertos que sirven para tratar la misma condición serán eficaces para usted, cubriremos el medicamento de marca.

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

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que expide recetas deben conseguir la aprobación de Meridian según sus normas específicas antes de surtir una receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Meridian no cubra el medicamento.

### **3. Probar primero con un medicamento distinto**

En general, el plan requiere que pruebe medicamentos de menor costo (que a menudo son igualmente eficaces que los de mayor costo) antes de cubrir los medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B se utilizan para tratar la misma condición médica y el medicamento A es menos costoso que el medicamento B, el plan puede requerirle que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A no actúa adecuadamente para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito se denomina terapia escalonada.

### **4. Aplicar límites de cantidad**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede adquirir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de medicamento que obtiene cada vez que adquiere sus fármacos recetados.

Para saber si alguna de estas normas se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro o consulte nuestro sitio web: [mmp.ilmeridian.com/pharmacy/formulary.html](http://mmp.ilmeridian.com/pharmacy/formulary.html).

---

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

Tratamos de lograr que la cobertura de medicamentos sea útil para usted, pero a veces es posible que algún medicamento no esté cubierto de la manera que usted desea. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. El medicamento podría no estar en la *Lista de medicamentos*. Podría estar cubierta la versión genérica del medicamento, pero no la de nombre comercial que usted quiere llevar. El medicamento podría ser nuevo y nosotros podríamos no haber aún verificado su seguridad y efectividad.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas especiales o límites a su cobertura. Como se explicó en la sección anterior, Sección C, existen normas que limitan el uso de algunos de los medicamentos cubiertos por el plan. En algunos casos, es posible que usted o el profesional que expide recetas quiera solicitar una excepción a una regla.

Hay cosas que sí puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que usted desea.

### D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede brindarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no está en la Lista de medicamentos o cuando está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de la obtención de un medicamento diferente o para solicitarle al plan que cubra el medicamento.

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
  - ya no está en la *Lista de medicamentos* del plan; o
  - nunca estuvo en la *Lista de medicamentos* del plan; o
  - está limitado ahora de alguna forma.
2. Usted debe encontrarse en una de estas situaciones:
  - Estuvo afiliado al plan el año pasado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



- Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
- Este suministro temporal será de hasta 30 días en una farmacia minorista y de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo.
- Si su receta se expide por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar un máximo de hasta 30 días de medicamentos en una farmacia minorista y de hasta 31 días de medicamentos 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 surtir el medicamento recetado en cantidades pequeñas a la vez para evitar el malgasto.
- Es un nuevo afiliado al plan.
  - Cubriremos un suministro temporal de su **medicamento durante los primeros 90 días a partir de su membresía 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 su receta se expide por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar un máximo de hasta 30 días de medicamentos en una farmacia minorista y de hasta 31 días de medicamentos 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 surtir el medicamento recetado en cantidades pequeñas a la vez para evitar el malgasto.
- Ha estado afiliado al plan por más de 90 días, vive en un centro de atención 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 (por ejemplo, si entra a un centro de atención a largo plazo u hospital o se va de este), cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta médica se expide por menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro total de hasta 30 días.
- Dicho nivel de transiciones pueden incluir, entre otros:
  - Miembros que reciben el alta del hospital o del centro de enfermería especializada y pasan a recibir tratamiento en el hogar.
  - Miembros que son admitidos en un centro de enfermería especializada tras haber recibido tratamiento en el hogar.
  - Miembros que se trasladan de un centro de enfermería especializada a otro que trabaja con una farmacia diferente.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- Miembros que terminan su estadía conforme a Medicare Part A en un centro de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y ahora necesitan usar su beneficio del plan de la Parte D.
- Miembros que dejan su condición de atención para pacientes terminales
- Miembros a los que se les dio de alta de hospitales psiquiátricos para trastornos crónicos con un régimen altamente individualizado.

Si cambia de entorno de tratamiento varias veces en un mismo mes, es posible que la farmacia tenga que comunicarse con el plan para la continuidad de la cobertura. Si no solicita la continuidad de cobertura del plan, usted no califica para un suministro temporal para un nivel de atención adicional, a menos que sea una emergencia de riesgo vital.

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

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine ese suministro temporal. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que le resulte efectivo.

#### O

- Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción. Por ejemplo, usted puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque este no figure en la *Lista de medicamentos*. O puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones. Si el proveedor determina que usted tiene razones médicas importantes para solicitar una excepción, puede ayudarlo con la solicitud.

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

- Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Puede solicitarnos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento de la manera en que desea que esté cubierto para el año siguiente.
- Responderemos a su solicitud de una excepción en un plazo de 72 horas después de recibirla (o la declaración de apoyo del profesional que expidió su receta).

Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección F4.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Miembro 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, podríamos:

- Decidir si se requiere o no autorización previa (PA) para un medicamento. (La PA es un permiso que Meridian debe otorgar antes de que usted pueda acceder a un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (lo que llamamos límites de cantidad).
- Agregar o modificar restricciones de terapia escalonada en un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

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

Si está tomando un medicamento cubierto al **comienzo** del año, normalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año**, a menos que suceda lo siguiente:

- que surja 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*; ○
- que descubramos que un medicamento no es seguro; ○
- un medicamento sea retirado del mercado.

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

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia la *Lista de medicamentos*, siempre puede optar por una de estas opciones:

- Consulte la *Lista de medicamentos* actualizada de Meridian en línea en [mmp.ilmeridian.com/pharmacy/formulary.html](http://mmp.ilmeridian.com/pharmacy/formulary.html) ○
- llame a Servicios al Miembro al 1-855-580-1689 (TTY: 711) para consultar la *Lista de medicamentos* actual. 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 alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

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

- **Se pone a disposición un medicamento genérico nuevo.** A veces, un nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar aparece en el mercado y a partir de ese momento funciona como un medicamento de marca o un producto biológico original en la *Lista de medicamentos* actual. 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 pedir una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9, Sección F4, de este manual 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 está tomando no es seguro ni eficaz o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Hable con su médico o el profesional que emite sus recetas para que le ayude a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted pueda tomar en reemplazo.

**Podemos realizar otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma.** Le informaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en la *Lista de medicamentos*. Estos cambios podrían ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o existen nuevas pautas clínicas acerca de un medicamento.

Cuando estos cambios se produzcan, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en la *Lista de medicamentos* o
- Le avisaremos y le proporcionaremos un suministro para 30 días del medicamento después de que solicite un resurtido.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Esto le dará tiempo para hablar con su médico o el profesional que emite sus recetas. Pueden ayudarlo a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar; o
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Si quiere obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F2.

### **Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante el año del plan actual**

Podemos realizar cambios en los medicamentos que usted toma que no se describen anteriormente y que no afectan sus medicamentos actuales. En el caso de tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principio** de año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de dicho 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.

Si cualquiera de estos cambios ocurre en relación con un medicamento que usted está tomando (excepto para los cambios descritos en la sección anterior), dicho cambio no afectará su uso del medicamento hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual. Deberá consultar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios que lo afectarán durante el año del plan siguiente.

---

## **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 es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la hospitalización. No tendrá que pagar un copago. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que cumplan todas nuestras reglas para la cobertura.

### **F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo**

Por lo general, los centros de atención a largo plazo (como los centros de convalecencia) tienen su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos los residentes. Si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo, es posible que reciba sus medicamentos recetados a

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



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

Para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo pertenece a nuestra red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. Si no pertenece o si necesita más información, comuníquese con Servicios al Miembro.

### **F3. Si se encuentra en un programa de atención para pacientes terminales certificado por Medicare**

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

- Si está inscrito en un centro de atención para pacientes terminales de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o medicamentos contra la ansiedad) que no están cubiertos por el centro porque no están relacionados con su pronóstico terminal y las condiciones derivadas, antes de poder cubrir el medicamento, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide recetas o del proveedor del centro de atención para pacientes terminales en la que se informe que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras en la obtención de medicamentos no relacionados que deben estar cubiertos por nuestro plan, puede solicitar al proveedor de atención para pacientes terminales o al profesional que expide recetas que se aseguren de que recibamos una notificación que indique que dicho medicamento no está relacionado antes de solicitarle a una farmacia que surta la receta.

Si sale de un centro de atención para pacientes terminales, nuestro plan debería cubrir todos los medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando su beneficio de atención para pacientes terminales de Medicare finaliza, debe llevar a la farmacia documentación que verifique que abandona la atención para pacientes terminales. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D.

Si quiere obtener más información sobre el beneficio de atención para pacientes terminales, consulte el Capítulo 4, Sección E1.

---

## **G. Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos**

### **G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura**

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- podrían no ser necesarios debido a que usted toma otro medicamento similar que tiene el mismo efecto;
- quizás no sean seguros para su edad o sexo;
- podrían causarle daños si los toma al mismo tiempo;
- tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico;
- incluyen una cantidad no segura de medicamentos opioides para el dolor.

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

## **G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos**

Si toma medicamentos para diferentes condiciones médicas y/o si está en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudarlo a usar sus medicamentos opioides de forma segura, puede ser elegible para recibir servicios sin costo alguno para usted, a través de un programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén contribuyendo a mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma;
- las inquietudes que pueda tener, como los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos;
- la mejor forma de tomar sus medicamentos;
- Las preguntas o los problemas que tenga relacionados con su receta médica y medicamento de venta libre

Usted recibirá un resumen escrito de esta discusión. Este resumen incluye un plan de acción para el uso de medicamentos con recomendaciones sobre qué puede hacer usted para aprovechar mejor sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y por qué los toma. Además, obtendrá información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es conveniente programar la revisión de medicamentos antes de su visita anual “de bienestar”, de modo que pueda hablar con su médico acerca de su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos con usted a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención de salud. Además, lleve con usted su lista de medicamentos si acude a un hospital o sala de emergencia.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Los programas de administración de terapias de medicamentos son voluntarios y son gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, avísenos y lo quitaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al Miembro o con su Coordinador de Atención.

### **G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura**

Meridian cuenta con un programa que puede ayudar a que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que pueden ser objeto de mal uso frecuentemente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que expiden recetas o farmacias, o si recientemente sufrió una sobredosis de opioides, podemos hablar con dichos profesionales para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con los profesionales que expiden recetas, si evaluamos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar la manera en que los obtiene. Las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Exigirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos **en determinadas farmacias y/o a través de ciertos profesionales que expiden recetas.**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos en su caso.

Si consideramos que se le deberían aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

**Tendrá la oportunidad de indicarnos a qué profesionales que expiden recetas o farmacias prefiere acudir y cualquier otra información que considere importante que sepamos.** Si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos una vez que haya tenido la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con el riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que expide recetas pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si continuamos negando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una entidad de revisión independiente (IRE). (Si quiere obtener información sobre cómo presentar una apelación y sobre qué es la IRE, consulte el **Capítulo 9**, Sección F5).

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Es posible que la DMP no se aplique a usted si cumple con estos requisitos:

- sufre de determinadas condiciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes;
- está en un centro de atención para pacientes terminales o recibe cuidados paliativos o atención del final de la vida; o
- reside en un centro de cuidado a largo plazo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



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

---

### Introducción

En este capítulo, se indica lo que usted paga por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por "medicamento" nos referimos a:

- medicamentos recetados de Medicare Part D; **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid; **y**
- los medicamentos y productos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que es elegible para Medicaid, obtiene "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados de Medicare Part D.

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

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

Para saber más acerca de los medicamentos recetados, puede buscar información en los siguientes lugares:

- La *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan.
  - A esta le llamamos "*Lista de medicamentos*". Le informa:
    - ¿Qué medicamentos paga el plan?
    - En cuál de los tres niveles está cada medicamento;
    - Si hay o no restricciones sobre el medicamento
  - Si necesita una copia de la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios al Miembro. También puede encontrar la *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web: [mmp.ilmeridian.com/pharmacy/formulary.html](http://mmp.ilmeridian.com/pharmacy/formulary.html). La *Lista de medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.
- Capítulo 5 de este *Manual del miembro*.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



- En el Capítulo 5, Sección A, se informa cómo obtener los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
- Incluye las normas que deben cumplir. También se incluyen los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.
  - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener los medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado trabajar con nuestro plan.
  - En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, hay una lista de farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A.
  - Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo mostrado se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Para obtener más información, puede llamar a Servicios al Miembro.

## Índice

A. La Explicación de Beneficios (EOB).....	141
B. Cómo llevar un registro de sus costos de medicamentos .....	142
C. Usted no paga el suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo .....	143
C1. Niveles del plan.....	143
C2. Sus opciones de farmacias .....	143
C3. Cómo obtener el suministro de un medicamento a largo plazo .....	143
C4. Qué paga usted.....	144
D. Vacunas .....	144
D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna .....	145

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://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:

- **Costos de desembolso.** Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos que requieren receta médica. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento de la Parte D cubierto, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, los pagos realizados para sus medicamentos por medio de “Ayuda Adicional” de Medicare, los planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, el Servicio de Salud Indígena, los programas de asistencia de medicamentos para AIDS, las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Los **costos totales de medicamentos.** Es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó el plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

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

- **Información para el mes.** El resumen le informa qué medicamentos recetados recibió durante el mes anterior. Se muestran los costos totales por medicamentos, el monto pagado por el plan y lo que usted u otras personas, en su nombre, hayan pagado.
- **Información del año hasta la fecha.** Estos son sus costos totales de medicamentos y el total de pagos realizados desde el 1 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 la persona que expide recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no se considerarán para calcular los gastos de bolsillo totales.
- Si quiere obtener más información sobre los medicamentos que cubre el plan, consulte la *Lista de medicamentos*.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



---

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

Para realizar un seguimiento de los costos de medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos:

### 1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos recetados se surten y qué es lo que paga.

### 2. Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que ha pagado. Puede solicitar que el reembolso el costo del medicamento.

A continuación se enumeran algunas situaciones en las cuales debería proporcionarnos copias de sus recibos:

- Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando realiza un copago por medicamentos que son proporcionados por un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia no perteneciente a la red
- Cuando paga íntegramente el precio de un medicamento cubierto

Para saber cómo puede solicitarnos el reembolso del medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A.

### 3. Envíenos información sobre los pagos que otros realizaron por usted.

Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se tienen en cuenta para calcular sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para tratar AIDS, el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a sus 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 que hay un error o si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro. En lugar de recibir una EOB en papel por correo, ahora tiene la opción de recibir una EOB electrónica (eEOB). Puede solicitarla en [www.express-scripts.com](http://www.express-scripts.com). Si decide solicitar la promoción, recibirá un correo electrónico cuando su EOB electrónico esté listo para ver,

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



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 de 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, siempre y cuando cumpla las normas del plan.

### C1. Niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* del plan pertenece a uno de tres niveles. No tiene que pagar copagos por los medicamentos recetados y OTC 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 recetados/OTC que no son de Medicare) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca recetados y de venta libre (OTC) que están cubiertos por Medicaid. El copago es de \$0.

### C2. Sus opciones de farmacias

Cuánto paga por un medicamento depende de si recibe el medicamento en:

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

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

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

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

En el caso de algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al abastecer su receta. 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 un suministro a largo plazo, consulte el

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Capítulo 5, Sección A7, o el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

#### C4. Qué paga usted

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

	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	Suministro de hasta 30 días La cobertura es limitada en algunos casos. Consulte el Capítulo 5, Sección A.
<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (Medicamentos Genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (Medicamentos de Marca)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (Medicamentos recetados/OTC que no son de 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 Proveedores y Farmacias* del plan.

## D. Vacunas

**Mensaje importante sobre sus pagos de vacunas:** Algunas vacunas se consideran beneficios

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



médicos y están cubiertas por Medicare Part B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de su plan o comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

1. La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es el **costo de su aplicación**. Por ejemplo, a veces puede obtener la vacuna directamente de su médico.

### **D1. Qué necesita saber antes de colocarse una vacuna**

Le recomendamos que llame primero a Servicios al Miembro cuando decida aplicarse una vacuna.

- Podemos comentarle la cobertura de vacunación de nuestro plan.
- Podemos indicarle cómo mantener los costos bajos utilizando proveedores y farmacias de nuestra red. Las *farmacias de la red* son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de nuestra 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 alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



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

---

### Introducción

En este capítulo se indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También se indica cómo hacer una apelación si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre una cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos .....	147
B. Cómo enviar una solicitud de pago .....	149
C. Decisiones de cobertura .....	150
D. Apelaciones .....	151

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



---

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

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos que le hayan brindado. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

**Si usted recibe una factura por la atención de salud o los medicamentos, envíenos la factura.** Para enviarnos una factura, consulte la Sección B.

- Si los servicios o medicamentos tienen cobertura, le pagaremos al proveedor directamente.
- 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** tienen cobertura, se lo haremos saber.

Si tiene alguna consulta, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención. Si recibe una factura y no sabe cómo proceder, nosotros podemos ayudarlo. También puede contactarse si desea proporcionar más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, se incluyen ejemplos de situaciones en las que puede solicitarle a nuestro plan el reembolso o pago de una factura recibida:

### 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 facture los servicios al plan.

- Si usted paga el monto total del servicio de atención, solicítenos que le reembolsemos el dinero. Envíenos la factura y los comprobantes de todos los pagos que realizó.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y los comprobantes de todos los pagos que realizó.
  - Si se le debe algo al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
  - Si ya ha pagado por el servicio, se lo reembolsaremos.

### 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 miembro de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas. Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más del monto de costos compartidos del plan por los servicios prestados, se considera una facturación inadecuada o inapropiada. **Llame a Servicios al Miembro si recibe alguna factura.**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



- 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.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíela a nosotros. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura y los comprobantes de todos los pagos que realizó. Le reembolsaremos lo que corresponda a los servicios cubiertos.

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

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

- Solo en unos pocos casos, cubriremos los medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Consulte el Capítulo 5, Sección A8, para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre el precio que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que cubriríamos en una farmacia de la red.

### 4. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no tiene consigo su tarjeta de identificación de miembro.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que busque la información sobre su inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede encontrar la información necesaria enseguida, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior que nuestro precio negociado para el medicamento recetado.

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

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

- El medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* del plan o puede estar sujeto a un requisito o a una restricción que usted no conocía o no considera que deba aplicarse a su caso. Si decide comprar el medicamento, es

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



probable que tenga que pagar el costo total.

- Si usted no paga el medicamento, sino que considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección F4).
- Si usted y el médico u otro profesional que expide recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección F4).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, quizás precisemos obtener más información por parte de su médico u otro profesional que expide recetas a fin de reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es superior que nuestro precio negociado para el medicamento recetado.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento están cubiertos. Esto es realizar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos por el servicio o el medicamento. Si nuestro plan rechaza su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión.

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

---

## B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y los comprobantes de todos los pagos que realizó. La constancia de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo entregado por el 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 proporcionarnos toda la información necesaria para que podamos tomar una decisión, usted puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web ([mmp.ilmeridian.com/provider/provider-tools-resources/documents-and-forms.html](http://mmp.ilmeridian.com/provider/provider-tools-resources/documents-and-forms.html)) o llamar a Servicios al Miembro y solicitar el formulario.

Envíe por correo las solicitudes de pago, junto con cualquier factura o recibo, a la siguiente dirección:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



**Facturas médicas:**

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)

Attention: Claims

PO Box 4020

Farmington, MO 63640-4402

**Para servicios médicos, artículos y medicamentos que no pertenecen a la Parte D, debe enviarnos la reclamación en el plazo de un (1) año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.**

**Facturas farmacéuticas:**

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)

Medicare Part D Claims

Attn: Member Reimbursement

Department

PO Box 31577

Tampa, FL 33631-3577

**Para medicamentos de la Parte D comprados en una farmacia, debe enviarnos la reclamación en el plazo de tres (3) años a partir de la fecha en que recibió 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.** Además, si corresponde, decidiremos el monto que debe abonar por la atención de salud o los medicamentos.

- Le haremos saber si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos, y que usted cumplió con todas las reglas para obtenerlos, nos haremos cargo del pago. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por el monto que pagó. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es superior que nuestro precio negociado). Si todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.

En el Capítulo 3, Sección B, se explican las normas para obtener servicios cubiertos. En el Capítulo 5, Sección A, se explican las reglas para obtener medicamentos recetados de Medicare Part D cubiertos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta en la que se explicarán los motivos. La carta también le explicará sus derechos para presentar una apelación.
- Si quiere obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D.

---

## D. Apelaciones

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

La apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si quiere obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D.

- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención de salud, consulte el Capítulo 9, Sección E5.
- Si quiere presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la sección correspondiente del Capítulo 9.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Introducción

En este capítulo se detallan sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Índice

A. Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades ....	153
B. Nuestra responsabilidad de garantizar que reciba servicios y medicamentos cubiertos en tiempo y forma .....	155
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI) .....	156
C1. Cómo protegemos su PHI .....	156
C2. Su derecho a ver sus expedientes médicos .....	157
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos .....	163
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente a usted .....	165
F. Su derecho a abandonar el plan .....	165
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención de salud .....	166
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención de salud .....	166
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si pierde la capacidad de tomar decisiones sobre su atención de salud .....	166
G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones .....	167
H. Su derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado .....	167
H1. Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o desea obtener más información acerca de sus derechos .....	168
I. Sus responsabilidades como miembro del plan .....	169

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brindan de manera competente y accesible desde el punto de vista cultural. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de forma que pueda entenderlos. Debemos comunicarle sus derechos cada año que sea miembro de nuestro plan.

- Para obtener información de forma que pueda entenderla, llame a Servicios al Miembro. Nuestro plan dispone de servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en distintos idiomas. La llamada es gratuita.
- Desde nuestro plan, también podemos proporcionarle materiales en otros idiomas aparte del inglés, como español, y en formatos como letra grande, braille o audio.
  - Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) quiere asegurarse de que entiende la información de su plan de salud. Si lo solicita, podemos enviarle materiales en idiomas distintos del inglés o en formatos alternativos. A esto se le denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su decisión en nuestros registros. Llámenos si desea pedir una de las siguientes opciones:
  - Quiere recibir los materiales en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo; o
  - Quiere cambiar el idioma o el formato en que le enviamos los materiales.
  - Si necesita ayuda para comprender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios al Miembro de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que le pidan que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil.
  - Para hacer una solicitud permanente, modificar una solicitud permanente o hacer una solicitud única de materiales en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, llame a Meridian al 1-855-580-1689 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Guardaremos su decisión en nuestros registros. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Le devolverán la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o a 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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



discapacidad y quiere presentar un reclamo, llame a los siguientes departamentos:

- 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 una queja a Medicaid llamando a la línea directa de beneficios de salud de Illinois al 1-800-226-0768. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

## 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 including Spanish 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

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



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.

---

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

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (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.
  - Llame a Servicios al Miembro o busque en el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener más información acerca de los proveedores de la red y para conocer qué médicos aceptan pacientes nuevos.
- Tiene derecho a consultar a un médico especialista en salud de la mujer sin obtener una remisión del médico. Una remisión del médico 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, audiólogo (para exámenes de audición de rutina) y optometrista (para pruebas de la vista de rutina) sin una remisión del médico.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos por parte de los proveedores dentro de un plazo razonable.
  - Esto incluye el derecho a acceder a servicios de especialistas de forma oportuna.
  - Si no puede acceder a los servicios dentro de plazos razonables, debemos pagar por atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención requerida de urgencia sin aprobación previa (PA).
- Tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



nuestra red sin demoras.

- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Si quiere obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D4.

En el Capítulo 9, Sección C, se informa sobre qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. En el Capítulo 9, Sección D, también se informa sobre qué hacer si rechazamos la cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

---

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

Protegemos su información personal de salud (PHI) según lo establecido por leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información de salud y de salud.

Usted tiene derecho a obtener información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito donde se mencionan estos derechos. El aviso se denomina “Aviso de Prácticas de Privacidad”. En el aviso también se 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. Para hacerlo, debemos obtener previamente su consentimiento por escrito. La autorización por escrito puede ser otorgada por usted o por alguien que tenga la autoridad legal para tomar decisiones por usted.

En determinados casos no tenemos que obtener previamente su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.

- Estamos obligados a divulgar la PHI a agencias del Gobierno que verifican nuestra calidad de atención.
- Estamos obligados a proporcionar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación u otros usos, esto se hará de conformidad con leyes federales.

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



## C2. Su derecho a ver sus expedientes médicos

Tiene derecho a ver sus registros médicos y recibir una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle por cada copia de sus expedientes médicos.

Tiene derecho a solicitar que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si usted lo solicita trabajaremos con su proveedor de atención de salud para decidir si corresponde hacer estos cambios.

Tiene derecho a saber si su PHI se compartió con otras personas y de qué manera.

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

### MERIDIAN MEDICARE-MEDICAID PLAN (MMP)

#### 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 DETENIDAMENTE.***

#### **En vigor desde el 5/5/2023**

Para recibir ayuda para traducir o comprender esto, llame al 1-855-580-1689 (TTY 711).

#### **Obligaciones 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) de 1996. Meridian tiene la obligación legal de mantener la privacidad de su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI), proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, cumplir con los términos del aviso que está actualmente en vigencia, y avisarle en caso de una violación de su PHI no segura.

Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su PHI. También describe sus derechos de acceder, modificar y gestionar su PHI y cómo ejercer esos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de su PHI que no se describen en este aviso se harán solo con su autorización por escrito.

Meridian se reserva el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer entrar en vigor el aviso revisado o modificado para su PHI que ya tenemos y para cualquier PHI 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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



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 estipuladas en el aviso

Pondremos a disposición en nuestra página web o por correo postal separado cualquier aviso revisado.

### **Protecciones internas de PHI verbal, escrita y electrónica:**

Meridian protege su PHI. Contamos con procesos de privacidad y seguridad para ayudar.

Estas son algunas de las formas en las 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 detalla cómo podemos utilizar 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 proporciona tratamiento a usted, para coordinar su tratamiento entre los proveedores, o para que nos ayuden en la toma de decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.
- **Pago:** podemos usar y divulgar su PHI para hacer pagos de beneficios por los servicios de atención médica que recibió. Podemos divulgar su PHI a otro plan médico, a un proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a reglas de privacidad federales para sus fines de pago. Las actividades de pago podrían incluir procesar reclamos, determinar la elegibilidad o la cobertura de reclamos y revisar los servicios por necesidad médica.
- **Operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir brindar servicios al cliente, responder a reclamaciones y apelaciones, y ofrecer administración y coordinación de la atención.

En nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos escritos para proteger la privacidad de su PHI con estos asociados. Podemos revelar su PHI a otra entidad que esté sujeta a las normas federales de privacidad. La entidad también debe tener una relación con usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye lo

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



siguiente:

- evaluación de la calidad y actividades de mejoramiento;
- Revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales médicos
- gestión de casos y coordinación de atención;
- detección o prevención del fraude y del abuso en la atención médica.
- **Plan de salud de grupo/Divulgaciones al patrocinador del plan:** podemos divulgar su información de salud protegida a un patrocinador del plan de salud de grupo, como un empleador u otra entidad que le ofrezca un programa de atención médica, si el patrocinador está de acuerdo con determinadas restricciones sobre el uso y la divulgación de la información de salud protegida (tal como aceptar no usar la información de salud protegida para tomar medidas o decisiones relacionadas con el empleo).

#### **Otras divulgaciones permitidas u obligatorias de su PHI:**

- **Actividades de recaudación de fondos:** podemos usar o divulgar su PHI para actividades de recaudación de fondos como, por ejemplo, recaudar dinero para ayudar a una fundación caritativa u otra organización similar a financiar sus actividades. Si lo contactamos en relación con actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de darse de baja de, o dejar de recibir, este tipo de comunicaciones en el futuro.
- **Propósitos de suscripción de seguro:** podemos utilizar o divulgar su PHI para fines de suscripción de seguro, como para realizar una determinación acerca de una solicitud de cobertura o petición. Si usamos o divulgamos su PHI para propósitos de suscripción de seguro, se nos prohíbe usar o divulgar su PHI que constituye información genética en el proceso de suscripción de seguro.
- **Recordatorios de citas/alternativas de tratamiento:** podemos usar y divulgar su PHI para recordarle sobre una cita para tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, tales como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- **Según lo exija la ley:** si las leyes federales, estatales y/o locales exigen el uso o la divulgación de su PHI, podemos usar o divulgar su PHI en la medida en que el uso o la divulgación cumpla con dicha ley y se limite a los requisitos de dicha ley. Si dos o más leyes o regulaciones que rigen el mismo uso o divulgación están en conflicto, cumpliremos con las leyes o regulaciones más restrictivas.
- **Actividades de salud públicas:** podemos divulgar su PHI a una autoridad de salud pública con el propósito 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 del gobierno local, estatal, o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos divulgar su PHI en respuesta a procedimientos administrativos o a una orden judicial. También es posible que debamos

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



divulgar su PHI en respuesta a una notificación, petición de exhibición de pruebas u otras solicitudes similares.

- **Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar su PHI relevante a agentes de la ley cuando se requiera que lo hagamos en respuesta a un delito.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que puedan llevar a cabo sus deberes.
- **Donación de órganos, ojos y tejido:** podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos. También podemos divulgar su PHI a personas que trabajan en adquisición, banca o trasplante de órganos, ojos y tejido cadavéricos.
- **Amenazas a la seguridad y salud:** podemos utilizar o divulgar su PHI si creemos, de buena fe, que es necesario el uso o divulgación para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o seguridad de una persona o del público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** si usted forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU., podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional e inteligencia, al Departamento de Estado para determinaciones de idoneidad médica, para la protección del Presidente o a otras personas autorizadas según lo exija la ley.
- **Compensación de trabajadores:** podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relativas a la compensación de los trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin importar el culpable.
- **Situaciones de emergencia:** podemos divulgar su PHI en una situación de emergencia, o si usted está incapacitado o no está presente, a un familiar, amigo personal cercano, agencia de ayuda humanitaria autorizada o cualquier otra persona que usted identifique anteriormente. Usaremos criterio y experiencia profesional para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Si es lo mejor para usted, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante a la participación de la persona que lo cuida.
- **Presos:** si usted está preso en una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario de cumplimiento de la ley, en tanto dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger su salud o su seguridad, o la salud o la seguridad de los demás; o para la seguridad y protección de la institución correccional.
- **Investigación:** en determinadas circunstancias, podemos revelar su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido ciertas medidas de seguridad para garantizar la privacidad y la protección de su PHI.

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

Tenemos la obligación de obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI, con excepciones limitadas, por las siguientes razones:

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- **Venta de PHI:** solicitaremos su autorización por escrito antes de hacer cualquier divulgación que se considere una venta de su PHI, significando recibimos una compensación por la divulgación de PHI de esta manera.
- **Marketing:** solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar su PHI para fines de marketing con excepciones limitadas, como, por ejemplo, cuando tengamos comunicaciones frente a frente de marketing con usted o cuando proporcionemos regalos promocionales de valor nominal.
- **Notas de psicoterapia:** solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar cualquiera de sus notas de psicoterapia que pudiéramos tener en nuestros expedientes con excepción limitada, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

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 la autorización inicial.

### **Derechos de los individuos**

Los siguientes son sus derechos con respecto a su PHI. Si desea usar cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con nosotros usando la información al final de este aviso.

- **Derecho a solicitar restricciones:** usted tiene derecho a solicitar restricciones de uso y divulgación de su PHI en caso de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, así como las divulgaciones a personas involucradas en su atención o pago de la atención, como familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita y especificar a quiénes se aplica la restricción. No es necesario que estemos de acuerdo con esta solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud de restricción a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Sin embargo, restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para pago u operaciones de atención médica a un plan médico cuando usted haya desembolsado el total por el servicio o artículo.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** usted tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI en métodos o lugares alternativos. Este derecho se aplica únicamente si no comunicar la información en los métodos o lugares alternativos que desea puede ponerlo en peligro. No es necesario que explique el motivo de su solicitud, pero debe indicar que la información podría ponerle en peligro si no se cambia el medio de comunicación o la ubicación. Debemos aceptar su solicitud si es razonable y si indica el medio o lugar alternativo donde se debe comunicar su PHI.
- **Derecho a acceder y obtener copias de su PHI:** usted tiene derecho, con excepciones limitadas, a leer u obtener copias de la PHI incluida en un expediente designado. Puede solicitar que le entreguemos copias en formatos que no sean fotocopias. Le entregaremos la información en el formato que solicite, a menos que no podamos hacerlo en la práctica. Deberá presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su PHI. Si rechazamos su solicitud, le presentaremos una explicación por escrito y le indicaremos si se pueden evaluar las razones de la denegación. También le informaremos cómo solicitar tal revisión o si el rechazo no puede ser revisado.
- **Derecho a modificar su PHI:** usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos 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 denegar su

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si no hemos creado la información que usted desea modificar y el creador de la PHI puede realizar la modificación. Si denegamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con nuestra decisión, y adjuntaremos su declaración a la PHI que usted solicita que modifiquemos. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

- **Derecho a recibir un recuento de las divulgaciones:** usted tiene derecho a recibir una lista de los casos, dentro del período de los últimos seis años, en que nosotros o nuestros asociados comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención de salud o divulgaciones que usted autorizó y algunas otras actividades. Si solicita esto más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre nuestras tarifas en el momento de su solicitud.
- **Derecho a presentar una reclamación:** si considera que sus derechos de privacidad han sido violados o que hemos incumplido nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentar una reclamación por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se encuentra al final de este aviso.

También puede presentar una reclamación ante la Secretaría de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mediante una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. También puede llamar al **1-800-368-1019**, (TTY: **1-800-537-7697**) o visitar el sitio web de la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

#### **NO TOMAREMOS NINGUNA ACCIÓN EN SU CONTRA POR PRESENTAR UNA QUEJA.**

- **Derecho a recibir una copia de este aviso** - Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento según la información de contacto que se indica al final del aviso. Si recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa del Aviso.

#### **AVISO DE PRIVACIDAD SOBRE LA INFORMACIÓN FINANCIERA**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA **INFORMACIÓN FINANCIERA** SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Estamos comprometidos a 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.

**Información que recopilamos:** Recopilamos información financiera personal sobre usted de las siguientes fuentes:

- información que recibimos de usted en solicitudes u otros formularios, tal como nombre, dirección, edad, información médica y número de Seguro Social;
- información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otros, tales como pago

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



de primas e historial de reclamaciones; e

- información sobre informes de consumidores.

**Divulgación de información:** No divulgamos información financiera personal sobre nuestros afiliados o exafiliados a ningún tercero, excepto según lo exija o permita la ley. Por ejemplo, en el curso de nuestras prácticas comerciales generales, es probable que, según lo permita la ley, divulguemos cualquier parte de la información financiera personal que recopilamos sobre usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- a nuestras filiales corporativas, tal como otras aseguradoras;
- a compañías independientes para nuestros objetivos comerciales diarios, tal como para procesar sus transacciones, mantener sus cuentas o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales; y
- a compañías independientes que prestan servicios por nosotros, lo que incluye enviar comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

**Confidencialidad y seguridad:** Mantenemos resguardos físicos, electrónicos y procedimentales de acuerdo con los estándares estatales y federales aplicables para proteger su información financiera personal de riesgos tales como pérdida, destrucción o uso indebido. Estas medidas incluyen resguardos informáticos, archivos y edificios protegidos y restricciones sobre quién puede acceder a su información financiera personal.

### Información de contacto

**Preguntas sobre este aviso:** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su PHI o cómo ejercer sus derechos, puede contactarnos por escrito o por teléfono a 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 miembro de Meridian, usted tiene derecho a recibir información de parte nuestra. Si no habla inglés, contamos con un servicio de interpretación gratuito para responder cualquier consulta que pueda tener sobre nuestro plan de salud. Para solicitar un intérprete, simplemente 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. This is a free service. También podemos ofrecerle la información en formato de letra grande, en braille o en audio. Para obtener información sobre material escrito en un idioma que no sea inglés, comuníquese con Servicios al Miembro. 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

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



los fines de semana y los feriados nacionales le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Comuníquese con Servicios al Miembro si desea obtener información acerca de cualquiera de las siguientes opciones:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluidos estos datos:
  - información financiera
  - qué calificación tiene el plan según los miembros del plan;
  - cuántas apelaciones presentaron los miembros
  - cómo abandonar el plan.
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, incluidos estos datos:
  - cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria
  - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
  - cómo pagamos a los proveedores de la red
  - una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, en *Directorio de Proveedores y Farmacias*; para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios al Miembro 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. O también puede visitar nuestro sitio web en [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).
- Servicios cubiertos (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) y las normas que debe cumplir, que incluyen lo siguiente:
  - servicios y medicamentos cubiertos por el plan;
  - límites de cobertura y medicamentos
  - reglas que usted debe cumplir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- motivo por el cual algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), que incluye solicitarnos lo siguiente:
  - poner por escrito de los motivos por los cuales algo no está cubierto
  - cambiar una decisión que hayamos tomado
  - pagar una factura que recibió

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



---

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

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden cobrarle por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si nosotros pagamos un monto menor que lo que nos cobró el proveedor. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle un servicio cubierto, consulte el Capítulo 7, Sección A.

---

## F. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarlo a que permanezca en nuestro plan si no desea hacerlo.

- Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid mientras sea elegible.
- Tiene derecho a obtener sus beneficios de Medicare mediante estas opciones:
  - otro plan Medicare-Medicaid;
  - Original Medicare;
  - un plan Medicare Advantage.
- Puede obtener los beneficios de sus medicamentos recetados de Medicare Part D de las siguientes maneras:
  - otro plan Medicare-Medicaid;
  - un plan de medicamentos recetados;
  - un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10, Sección C, para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos recetados nuevo.
- Puede obtener sus beneficios de Medicaid mediante estas opciones:
  - otro plan Medicare-Medicaid;
  - un plan de salud de cargo por servicio de Medicaid o de servicios y apoyo administrados a largo plazo (MLTSS) de Medicaid.

**NOTA:** Si recibe servicios de atención a largo plazo o servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, debe permanecer en nuestro plan u optar por otro plan para obtener sus servicios y apoyo a largo plazo.

- Para elegir el plan de salud de servicios y apoyo administrados a largo plazo (MLTSS) HealthChoice Illinois, puede llamar a Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Informe que quiere abandonar Meridian y afiliarse a un plan de salud de MLTSS HealthChoice Illinois. Si no elige un plan de salud, se le asignará el plan de salud HealthChoice Illinois MLTSS de nuestra

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



empresa. 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 de salud. Los proveedores deben explicarle su condición médica y las opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene el derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe acerca de todos los tipos de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a ser informado acerca de cualquier riesgo inherente. Debe ser informado con anterioridad si cualquier servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir sobre un tratamiento.
- **Decir que “no.”** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse del hospital u otro centro médico, incluso cuando su médico le aconseje no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no se cancela su plan. Sin embargo, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted será totalmente responsable de lo que le suceda.
- **Solicitar que le expliquemos por qué un proveedor rechaza la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nosotros si un proveedor le negó atención médica que cree que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se le negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina decisiones de cobertura. En el Capítulo 9, Sección F4, se 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 por sí mismas sobre su atención de salud. Antes de que eso le suceda, puede:

- Completar un formulario por escrito para **delegar en alguien el derecho a tomar decisiones acerca de la atención de salud.**
- **Entregar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención de salud en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar esas instrucciones se denomina instrucción anticipada.

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes formas de denominarlas. Algunos ejemplos son un testamento en vida y un poder notarial para la atención de salud. Para obtener más información sobre instrucciones anticipadas en Illinois, consulte el sitio web del Departamento de Salud Pública de Illinois en [www.idph.state.il.us/public/books/advin](http://www.idph.state.il.us/public/books/advin).

No es obligatorio hacer uso de las instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo si así lo desea. Debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario a través de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare o Medicaid, como el Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH), el Departamento de Servicios para Adultos Mayores de Illinois (IDoA) y la Agencia de Adultos Mayores del área, también pueden tener formularios de instrucciones anticipadas. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Miembro para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar la opción de tener un abogado para que le ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas que deben saber de su existencia.** Debe entregar una copia del formulario a su médico. Además, debe entregarle una copia a la persona que designe para tomar decisiones por usted. Es posible que quiera que sus amigos cercanos o los miembros de la familia tengan también una copia. Conserve una copia en su hogar.
- **Meridian incorporará el formulario completo a su expediente médico.** Meridian no puede exigirle, como condición de tratamiento, que complete una instrucción anticipada o que la anule.
- Si usted será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve al hospital una copia con usted.**

En el hospital le preguntarán si tiene firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo trajo.

Si usted no firmó ese formulario, el hospital dispone de formularios y se le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión completar o no una directiva anticipada.

### **G3. Qué hacer si no se cumplen sus instrucciones**

Si ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico o un hospital no siguieron sus instrucciones, puede presentar un reclamo mediante la Línea de Ayuda para Adultos Mayores al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

---

## **H. Su derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado**

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



En el Capítulo 9, Sección C, se indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre la atención o los servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan. Si quiere obtener esta información, llame a Servicios al Miembro 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:

- Servicios al Miembro 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 de Salud para Adultos Mayores al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada es gratuita. Para obtener detalles sobre esta organización, consulte el Capítulo 2, Sección E.
- Medicare al 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 leer o descargar “Derechos y Protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
- La Línea de Ayuda para Adultos Mayores al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. TTY 1-888-206-1327. La llamada es gratuita.

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



---

## I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de realizar las acciones que se indican a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

- **Lea el *Manual del miembro*** para obtener información sobre qué está cubierto y qué reglas debe cumplir a fin de obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más información acerca de lo siguiente:
  - Servicios cubiertos; consulte el Capítulo 3, Sección A, y el Capítulo 4, Sección A. En esos capítulos, se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué normas debe cumplir y qué es lo que paga.
  - Medicamentos cubiertos; consulte el Capítulo 5, Sección A, y el Capítulo 6, Sección A.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que usted haga uso de todas sus opciones de cobertura al momento de recibir atención médica. Si tiene otra cobertura, llame a Servicios al Miembro.
- **Informar al médico y a otros proveedores de atención de salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de ID de miembro de Meridian cuando obtenga cualquier servicio o medicamento.
- **Ayudar a sus médicos** y a otros proveedores de atención de salud a que le puedan brindar la mejor atención.
  - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que hayan acordado con los proveedores.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que usted esté tomando. Quedan comprendidos los medicamentos con receta, sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Cuando tenga alguna duda, asegúrese de preguntarla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que sea comprensible para usted. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También pretendemos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y las oficinas de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:

---

**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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- Las primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Meridian, Medicaid paga las primas de la Parte A y de la Parte B.
- **Si recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** Si está en desacuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de algún servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9, Sección D, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos informe de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
  - **Si se muda fuera del área de servicios, ya no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicios pueden obtener Meridian. En el Capítulo 1, Sección D, se informa sobre nuestra área de servicios.
  - Podemos ayudarle a determinar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos recetados o de salud de Medicare en su nueva localidad. Podemos informarle si disponemos de un plan en su nueva área.
  - Asimismo, asegúrese de hacerle saber su nueva dirección a Medicare y Medicaid cuando se mude. Consulte el Capítulo 2, Sección G y Sección H, para encontrar los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicios, también debemos estar al tanto.** Tenemos que mantener actualizado el registro de su membresía y saber cómo contactarlo.
- Llame a Servicios al Miembro al 1-855-580-1689 (TTY: 711) si tiene preguntas o inquietudes. 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 para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información,** visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



## Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

---

### Introducción

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

- Tiene un problema o reclamo con respecto a su plan.
- Necesita un servicio, un artículo o un medicamento que su plan indique que no pagará.
- Está en desacuerdo con una decisión que su plan ha tomado sobre su atención.
- Considera que sus 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 se divide 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 la salud, los medicamentos, y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen necesarios para su atención como parte de su plan de atención de salud. **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 opciones que tiene para los diferentes problemas y reclamos, pero siempre puede llamar a la Línea de ayuda para adultos mayores para que lo guíen en su problema. La Línea de ayuda para adultos mayores ayudará a personas de cualquier edad inscritas en este plan. Si quiere conocer recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección K, para obtener más información sobre los programas del Ombudsman.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



## Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema .....	174
A1. Acerca de los términos legales .....	174
B. Dónde puede llamar para solicitar ayuda .....	174
B1. Dónde puede obtener más información y asistencia.....	174
C. Problemas relacionados con sus beneficios .....	175
C1. Utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para hacer un reclamo.....	175
D. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	176
D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones.....	176
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones .....	176
D3. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará .....	178
E. Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D) .....	181
E1. Cuándo utilizar esta sección.....	181
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura .....	182
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D) .....	184
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D) .....	188
E5. Problemas con pagos.....	194
F. Medicamentos de la Parte D.....	195
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.....	195
F2. Qué es una excepción .....	197
F3. Datos importantes acerca de cómo solicitar excepciones .....	198
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción .....	200
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D .....	203
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D .....	206
G. Cómo solicitar cobertura para una hospitalización más prolongada.....	207
G1. Información sobre sus derechos de Medicare .....	208
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	209
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria.....	211
H. Qué hacer si considera que sus servicios de atención de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto .....	212
H1. Le informaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura.....	213
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención .....	213
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención .....	216
I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 .....	217
I1. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicare .....	217
I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid .....	217
J. Cómo presentar un reclamo .....	218
J1. Qué tipos de problemas deberían ser reclamos .....	218
J2. Quejas internas.....	219
J3. Reclamos externos .....	221

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



---

## A. Qué debe hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y plazos que deben ser cumplidos por nosotros y por usted.

### A1. Acerca de los términos legales

Algunas reglas y plazos en este capítulo utilizan términos legales difíciles. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo cual hemos empleado palabras más simples en lugar de algunos términos jurídicos. Usamos abreviaciones lo menos posible.

Por ejemplo, diremos:

- “Hacer un reclamo” en lugar de “presentar una queja”
- “Decisión sobre la cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación expeditada”

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse más claramente, así que también 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 gestionar un problema. Esto puede ser específicamente cierto si no se siente bien o si sus energías son limitadas. Otras veces, es posible que usted no tenga los conocimientos necesarios para dar el paso siguiente.

#### Puede obtener ayuda a través de la Línea de ayuda para la tercera edad

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la Línea de ayuda para adultos mayores. La Línea de ayuda para adultos mayores tiene un programa de defensores de pacientes que puede responder a sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para lidiar con su problema. La Línea de ayuda para adultos mayores no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Allí pueden ayudarlo a entender qué proceso usar. El número de teléfono de la Línea de ayuda para adultos mayores es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327. Puede llamar a la Línea de ayuda para adultos mayores de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Las llamadas y la ayuda son gratuitas y están disponibles para usted, sin importar su edad. Consulte el Capítulo 2, Sección K, para obtener más información sobre los programas del Ombudsman.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



## **Puede obtener ayuda a través del Programa de Seguros de Salud para la Tercera Edad**

También puede llamar al Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIP). Los asesores de SHIP pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para lidiar con su problema. Los asesores de SHIP pueden ayudarlo sin importar su edad. SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del SHIP es 1-800-252-8966, TTY: 1-888-206-1327, y su sitio web es <https://www.shiphelp.org/>. La llamada y la ayuda son gratuitas.

### **Cómo Obtener Ayuda de Medicare**

Puede llamar a Medicare directamente para solicitar ayuda con problemas. Estas son dos formas 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 en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

### **Cómo obtener ayuda de Medicaid**

Puede llamar directamente al estado de Illinois para obtener ayuda con problemas. Llame a la Línea directa de beneficios de salud del Departamento de Atención Médica 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)**

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. Si quiere obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección F.

---

## **C. Problemas relacionados con sus beneficios**

### **C1. Utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones 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.** La tabla a continuación lo ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o reclamos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



<p><b>¿El problema o la inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?</b></p> <p>Esto incluye problemas sobre si la atención médica particular (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B) está cubierta o no, sobre la forma en que está cubierta y sobre los problemas relacionados con el pago de la atención médica.</p>	
<p><b>Sí.</b></p> <p>Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección D: <b>“Decisiones de cobertura y apelaciones”</b>.</p>	<p><b>No.</b></p> <p>Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura.</p> <p>Pase a la Sección J: <b>“Cómo hacer un reclamo”</b>.</p>

## D. Decisiones de cobertura y apelaciones

### D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se ocupa de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago).

#### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión sobre la cobertura es una decisión inicial que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión sobre la cobertura por usted cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos.

Si usted o su médico no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medicaid, cualquiera de los dos puede solicitar una decisión sobre la cobertura antes de que el médico proporcione el servicio, el artículo o el medicamento.

#### ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura si considera que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que desea no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

### 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?

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Puede pedirle ayuda a alguna de las siguientes tres personas:

- Llame **Servicios al Miembro** 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 a la **Línea Directa de Beneficios de Salud del Departamento de Atención de Salud y Servicios Familiares de Illinois** para obtener ayuda gratuita, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La Línea Directa de Beneficios de Salud de Illinois ayuda a las personas inscritas en Medicaid a resolver problemas. El número de teléfono es 1-800-226-0768, TTY: 1-877-204-1012.
- Llame a la **Línea de ayuda para adultos mayores** de forma gratuita de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. La Línea de ayuda para adultos mayores ayudará a las personas de cualquier edad inscritas en este plan. La Línea de ayuda para adultos mayores 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 pedir una decisión sobre la cobertura o hacer una apelación en su nombre.
  - Si desea que su médico u otro proveedor sea su representante, llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario de “designación de representante”. También puede obtener el formulario en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://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 permiso a esa persona para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Tenga en cuenta que, según el programa Medicare, su médico u otro proveedor puede presentar una apelación sin el formulario de “Designación de representante”.
- Hable con un **amigo o con un familiar** y pídale que lo represente. Usted puede nombrar a otra persona para que actúe por usted 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 a Servicios al Miembro 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](http://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 permiso a esa

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



persona para actuar en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **Usted también tiene derecho a solicitarle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados de su localidad u otro servicio de referencia. Algunas organizaciones jurídicas le brindarán servicios jurídicos gratuitos si reúne los requisitos. Si quiere que un abogado lo represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un Representante.
  - Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar decisiones sobre la cobertura o para hacer una apelación.

### D3. Usar la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Separamos este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que debe seguir. **Solo debe leer la sección que se aplica a su problema.**

- En la Sección E, se brinda información si tiene problemas relacionados con los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** con los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, consulte esta sección si:
  - Usted no está recibiendo la atención médica que desea y considera que nuestro plan cubre esta atención.
  - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico desea ofrecerle y usted cree que esta atención debería cubrirse.
    - **NOTA:** Solo utilice la Sección E si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos*, que estén señalados con “NT” **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F para conocer sobre las apelaciones por medicamentos de la Parte D.
  - Tiene servicios o atención médica que cree que deberían estar cubiertos, pero no estamos pagando por esta atención.
  - Usted recibió y pagó por los servicios médicos o artículos que pensó que estaban cubiertos y quiere solicitarnos que le devolvamos el dinero.
  - Le dicen que la cobertura por atención médica que ha estado recibiendo se reducirá o se detendrá y usted está en desacuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que se suspende es para servicios de atención hospitalaria, atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Ambulatorios (CORF), debe leer una sección aparte de este capítulo, debido a que se aplican normas especiales a estos tipos de atención. Consulte las Secciones G y H.

- 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 exámenes 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, se brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, consulte esta sección si:
  - Desea solicitarnos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos*.
  - Desea solicitarnos que omitamos los límites de la cantidad del medicamento que puede obtener.
  - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa (PA) o aprobación.
  - No aprobamos su solicitud o excepción y usted, su médico u otro profesional que expide recetas piensan que deberíamos haberlo hecho.
  - Desea solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que ya compró. (Este es un pedido de una decisión sobre la cobertura con respecto al pago).
- En la Sección G, se brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le da de alta demasiado pronto. Consulte esta sección si:
  - Está en el hospital y considera que el médico le solicitó que abandone el hospital demasiado pronto.
- En la Sección H, se brinda información en caso de que considere que la atención de salud en el hogar, la atención en centros de enfermería especializada y los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios al Miembro 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 alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



Si necesita otra 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



## E. Problemas relacionados con servicios, artículos y medicamentos (no son medicamentos de la Parte D)

### E1. Cuándo utilizar esta sección

Esta sección trata sobre qué hacer si tiene problemas con sus beneficios para sus servicios médicos, de salud del comportamiento y de atención a largo plazo. También puede utilizar esta sección para problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Part B. Los medicamentos de la *Lista de medicamentos* que están señalados con “NT” **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección F para conocer sobre las apelaciones por medicamentos de la Parte D.

Esta sección le informa qué puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. Considera que cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento o de atención a largo plazo que necesita, pero no lo está recibiendo.

**Qué puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la Sección E2 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos el cuidado que su médico desea brindarle y usted cree que deberíamos haberlo hecho.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Tiene servicios o artículos que considera que cubrimos, pero no pagaremos.

**Qué puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. 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 para obtener información sobre cómo solicitarnos el pago.

5. Redujimos o detuvimos 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 detener el servicio. Consulte la Sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

**NOTA:** Si la cobertura que se cancelará corresponde a atención hospitalaria, servicios de cuidado médico domiciliario, servicios de enfermería especializada o servicios de rehabilitación ambulatoria (CORF), se aplican normas especiales. Lea la Sección G y la Sección H para obtener más información.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## 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 a: 1-855-580-1689, TTY: 711
- Puede enviarnos un fax a: 1-844-409-5557.
- Puede escribirnos a:

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)  
1333 Burr Ridge Parkway, Suite 100  
Burr Ridge, IL 60527

### ¿Cuánto tiempo demora obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, se demora hasta 14 días calendario después de que se solicite, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de Medicare Part B. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B, tomaremos una decisión en un plazo de no más de 72 horas después de recibir su solicitud. Si no le damos nuestra decisión en un plazo de 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento recetado de Medicare Part B), puede apelar.

A veces necesitamos más tiempo, y le enviaremos una carta en la que se le indique que necesitamos hasta 14 días calendario adicionales. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

### ¿Puedo tener una decisión de cobertura más rápida?

**Sí.** Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas (o de 24 horas para un medicamento recetado de Medicare Part B).

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo, y le enviaremos una carta en la que se le indicará que necesitamos hasta 14 días calendario adicionales. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos demorar más tiempo para darle una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

**El término legal** para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación acelerada**”.

### Cómo solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para que cubramos la atención que desea.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- 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. También puede enviarnos un fax al 1-844-409-5557. Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A.
- También puede solicitar que su médico o su representante nos llamen.

### Estas son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

Usted debe cumplir estos dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solamente si solicita 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. Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **únicamente si el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Part B) pudiera ocasionarle un daño grave a su salud o dañar su capacidad de mantener sus funciones.**
  - Si su médico dice que necesita una decisión rápida sobre la cobertura, le daremos una automáticamente.
  - Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si usted obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
    - o Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta. También utilizaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Part B) en su lugar.
    - o Esta carta le informará que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente se la daremos.
    - o La carta también le indicará cómo presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar sobre la cobertura en lugar de una decisión rápida sobre la cobertura. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J.

### 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 lo **rechazamos**, usted tiene derecho a pedirnos que cambiemos esta decisión presentando una apelación. Hacer una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si usted decide presentar una apelación, significa que está pasando al Nivel 1 del proceso de apelación (lea la sección a continuación para más información).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



### 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 cambiemos una decisión de cobertura si considera que hemos cometido un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. En todos los casos, debe comenzar la apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, 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.

#### ¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación para nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para saber si es correcta. El revisor será alguien que no tomó la decisión sobre la cobertura original. Cuando finalicemos la revisión, le informaremos de la decisión por escrito.

Si después de la revisión le informamos que el servicio o el artículo no están cubiertos, su caso puede dirigirse a una Apelación de Nivel 2.

#### ¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 1?

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro proveedor, o su representante debe 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,

#### Resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden asentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o por fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte **en un plazo de 65 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si se le vence el plazo por un motivo justificado, aún podrá apelar.
- Si realiza la apelación debido a que le dijimos que un servicio de Medicaid que actualmente recibe se cambiará o se detendrá, tiene **10 días calendario** para apelar si desea seguir recibiendo ese servicio de Medicaid mientras procesa su apelación.
- Siga leyendo esta sección para saber qué plazo aplica a su apelación.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## Sección A.

- Puede solicitarnos una "apelación normal" o una "apelación rápida".
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
  - Puede enviar su solicitud a la siguiente dirección:
 

Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)  
Attn: Appeals and Grievances – Medicare Operations  
P.O. Box 10450  
Van Nuys, CA 91410-0450
  - También puede solicitar una apelación llamándonos 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” se conoce formalmente como “reconsideración acelerada”.

### ¿Puede un tercero presentar una apelación en mi nombre?

**Sí.** Su médico, otro proveedor o alguien más pueden hacer la apelación por usted, pero primero debe completar un formulario de Designación de representante. El formulario le otorga permiso a esa otra persona 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 un aviso escrito en el 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 este Formulario de designación de representante, llame a Servicios al Miembro y solicite uno, o visite [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o nuestro sitio web en <https://mmp.ilmeridian.com/content/mmp-il/enus/member/benefits-coverage/tools-resources/documents-and-forms.html>.

**Si la apelación proviene de otra persona**, normalmente debemos obtener el formulario de Designación de representante completo antes de revisar la apelación.

Tenga en cuenta que, según el programa Medicare, su médico u otro proveedor puede presentar

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



una apelación sin el formulario de Designación de representante.

### ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si deja pasar la fecha límite y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Ejemplos de un motivo justificado son: usted tenía una enfermedad grave o le di la información errónea acerca del plazo para presentar una apelación. Debe explicar el motivo por el que su apelación no cumplió el plazo cuando haga su apelación.

**NOTA:** Si realiza la apelación debido a que le dijimos que un servicio de Medicaid que actualmente recibe se cambiará o se detendrá, tiene **10 días calendario** para apelar si desea seguir recibiendo ese servicio de Medicaid mientras procesa su apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1?” para obtener más información.

### ¿Puedo obtener una copia de mi expediente del caso?

**Sí.** Solicite una copia gratuita llamando a Servicios al Miembro 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 proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

### ¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Examinamos detalladamente toda la información acerca de la solicitud de cobertura de cuidado médico. Luego, verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando dijimos que **rechazábamos** su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela 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 posteriores a la fecha de recepción de su apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento recetado de Medicare Part B). Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su afección de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite

[mmp.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



necesitamos días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J.
- Si no respondemos a su apelación en un plazo de 15 días hábiles (o de 7 días calendario después de recibir la apelación para un medicamento recetado de Medicare Part B) o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema se trata de un servicio o artículo cubierto por Medicare o tanto Medicare como Medicaid. Se le notificará si esto sucede. Si su problema se trata de un servicio o artículo cubierto solo por Medicaid, puede presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4.

**Si aceptamos** total o parcialmente su solicitud, debemos aprobar u ofrecer la cobertura en un plazo de 72 horas posteriores a la entrega de nuestra respuesta (o en un plazo de 7 días calendario después de recibir la apelación para un medicamento recetado de Medicare Part B).

**Si rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare o Medicare y Medicaid, la carta le informará que enviamos su caso a la entidad de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. Si su problema se trata de un servicio o artículo cubierto solo por Medicaid, la carta le indicará cómo puede presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4.

### ¿Cuándo me informarán sobre una decisión de apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le informaremos en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud si necesitamos más información para tomar una decisión sobre su apelación. Tomaremos una decisión sobre su apelación rápida en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de toda la información que le solicitamos.

- Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explique por qué

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J.
- Si no respondemos a su apelación en un plazo de 24 horas después de recibir toda la información solicitada o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema se trata de un servicio o artículo cubierto por Medicare o tanto Medicare como Medicaid. Se le notificará si esto sucede. Si su problema se trata de un servicio o artículo cubierto solo por Medicaid, puede presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4.

**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 rechazamos** total o parcialmente su solicitud, le enviaremos una carta. Si el problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare o Medicare y Medicaid, la carta le informará que enviamos su caso a la entidad de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si su problema se trata de un servicio o artículo cubierto solo por Medicaid, la carta le indicará cómo puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Nivel 2, consulte la Sección E4.

### ¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1?

- Si su problema se trata de un servicio cubierto por Medicare o tanto Medicare como Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 1.
- Si su problema se trata de un servicio cubierto únicamente por Medicaid, sus beneficios para ese servicio no continuarán a menos que le solicite al plan para continuar con sus beneficios cuando realice la apelación. Debe enviar su apelación y solicitar la continuación de los beneficios en un plazo de 10 días calendario después de recibir el Aviso de Denegación de Cobertura Médica. Si pierde la apelación, es posible que deba pagar por 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 tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- Si **rechazamos** total o parcialmente su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si el servicio o el artículo normalmente están cubiertos por Medicare y/o Medicaid.
- Si su problema se trata de un servicio o artículo de **Medicare**, obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 con la Entidad de Revisión Independiente (IRE) tan pronto como la Apelación de Nivel 1 esté completa.
- 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 indicará cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.
- Si su problema se trata de un servicio o artículo que pudiera estar cubierto **tanto por Medicare como Medicaid**, automáticamente obtendrá una Apelación de Nivel 2 con la IRE. Si la IRE también **rechaza** 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 realiza una organización independiente no vinculada con el plan. Es una entidad de revisión independiente (IRE) o una oficina de audiencia imparcial ante el Estado de Medicaid. La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es un organismo gubernamental. Medicare supervisa su trabajo.

### **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 mediante una audiencia imparcial ante el Estado. Debe solicitar una Audiencia Imparcial ante el Estado por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en que enviamos la carta de decisión acerca de su Apelación de Nivel 1. La carta que le enviamos le indicará dónde enviar su solicitud de audiencia.

- Si desea solicitar una Audiencia Imparcial ante el Estado acerca de un artículo o servicio estándar de Medicaid, la Omisión de envejecimiento (Programa de Atención Comunitaria, CCP), o la Omisión de instalaciones de vivienda de apoyo, envíe su apelación por escrito o por teléfono a:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



POR CORREO	Illinois Healthcare and Family Services Bureau of Administrative Hearings Fair Hearings Section 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME	855-418-4421 (llamada gratuita)
TTY	877-734-7429
POR FAX	312-793-2005
POR CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:HFS.FairHearings@Illinois.gov">HFS.FairHearings@Illinois.gov</a>

- Si desea solicitar una audiencia imparcial ante el Estado acerca de la Exención para personas con discapacidades, la Exención por lesiones cerebrales traumáticas, la Exención por HIV/AIDS (Programa de servicios en el hogar, o HSP), envíe su apelación por escrito o por teléfono a:

POR CORREO	Department of Human Services Bureau of Hearings 69 West Washington, 4th Floor Chicago, Illinois 60602
LLAME	800-435-0774 (número de teléfono gratuito)
TTY	877-734-7429
POR FAX	312-793-3387
POR CORREO ELECTRÓNICO	<a href="mailto:DHS.BAH@illinois.gov">DHS.BAH@illinois.gov</a>

La audiencia será realizada por un funcionario de audiencias imparciales autorizado para supervisar audiencias imparciales ante el Estado.

- Usted recibirá una carta de la oficina de audiencias informándole la fecha, hora y lugar de la audiencia. Esta carta también brindará 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- Tendrá que informar a la oficina de audiencias sobre el alojamiento razonable que usted pudiera necesitar.
- Si debido a su incapacidad no puede participar en persona en la oficina local, puede solicitar su participación por teléfono. Proporcione al personal de audiencias el número de teléfono para comunicarse con usted.
- Usted debe proporcionar toda la evidencia que presentará en la audiencia al funcionario de audiencias imparciales al menos tres días hábiles antes de la audiencia. Esto incluye una lista de cualquier testigo que se presentará, así como 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 normalmente está cubierto por Medicare o tanto Medicare como Medicaid, **automáticamente** obtendrá una Apelación de Nivel 2 de la entidad de revisión independiente (IRE). La IRE revisará cuidadosamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si se debe cambiar.

- No es necesario que solicite la Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente a la IRE cualquier negativa (total o parcial). Se le notificará si esto sucede.
- La IRE tiene contrato con Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su expediente llamando a Servicios al Miembro 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 IRE debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que reciba su apelación (o en un plazo de 7 días calendario a partir del momento en que reciba la apelación para un medicamento recetado de Medicare Part B). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de recibir servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo puede beneficiar, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

Si tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una “apelación rápida” en el Nivel

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



2. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas desde el momento en que obtenga su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que lo puede beneficiar, puede demorar hasta 14 días calendario adicionales. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará por carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de Medicare Part 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 final".

- Si la Oficina de Audiencia Imparcial 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 llama "confirmar la decisión". También se le llama "rechazar su apelación".

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), le enviará una carta en la que se explique su decisión.

- Si la IRE **acepta** total o parcialmente su solicitud en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionarle el servicio o el artículo en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que obtengamos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o proporcionarle el servicio o el artículo en un plazo de 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **acepta** total o parcialmente su solicitud en su apelación estándar para un medicamento recetado de Medicare Part B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Part B en un plazo de 72 horas posteriores a obtener la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Part B en un plazo de 24 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** total o parcialmente su solicitud, significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se llama "confirmar la decisión". También se le llama

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



"rechazar su apelación".

### Si rechazan mi solicitud en forma total o parcial, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su Apelación de Nivel 2 va a la Oficina de audiencia imparcial 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 audiencia imparcial ante el Estado. La decisión se podrá volver a revisar solamente a través de los Tribunales de circuito del estado de Illinois.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), podrá volver a apelar en determinadas situaciones:

- Si su problema se trata de un servicio o artículo cubierto **tanto por Medicare como Medicaid**, puede solicitar otra Apelación de Nivel 2 a la oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado. Después de que la IRE tome su decisión, le enviaremos una carta en la que se le comunicará su derecho a solicitar una audiencia imparcial ante el Estado. Consulte la página 176 para obtener información sobre el proceso de audiencias imparciales ante el estado.
- Si su problema se trata de un servicio o artículo cubierto por **Medicare o tanto Medicare como Medicaid**, puede apelar después del Nivel 2 solo si el valor monetario del servicio o artículo que desea alcanza un monto mínimo determinado. La carta que reciba de la IRE explicará los derechos adicionales de apelación que pueda tener.

Consulte la Sección I 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 Apelación de Nivel 2 ante la IRE.
- Si su problema se trata de un servicio cubierto solo por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si envía una Apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta de decisión del plan.
- Si su problema se trata de un servicio cubierto por Medicare y Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán durante el proceso de Apelación del Nivel 2 con la IRE. Si presenta la apelación ante la Oficina de Audiencias Imparciales ante el Estado después de que la IRE tome su decisión y usted quiere que los servicios se presten durante el proceso de audiencia imparcial ante el estado, debe solicitar que los

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



servicios continúen dentro de los 10 días calendario después de recibir 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 es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le pedirá que pague el saldo de cualquier factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. **Usted no debe pagar la factura.** Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema de facturación.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: “Solicitar que paguemos una factura que ha recibido por 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 deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos 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. Pero si la paga, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios y artículos.

Si está solicitando que se le devuelva el dinero, está solicitando una decisión sobre la 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 si respetó todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o artículo que recibió en un plazo de 60 días calendario luego de haber recibido su solicitud. Si usted todavía no ha pagado por el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si no siguió las reglas, le enviaremos una carta en la que se le indicará que no pagaremos por el servicio o artículo, y le explicaremos por qué.

### ¿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. Cuando siga las instrucciones, tenga en cuenta lo

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [mmp.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



siguiente:

- Si presenta una apelación por reembolso, debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos por un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo normalmente está cubierto por Medicare o tanto Medicare como Medicaid, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Le notificaremos por escrito si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviar el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si **aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se le llama “rechazar su apelación”). La carta que recibirá explicará los derechos adicionales de apelación 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).

---

## 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 miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos medicamentos son "Medicamentos Parte D". Hay pocos medicamentos que Medicare Part D no cubre que podría cubrir Medicaid. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones por medicamentos de la Parte D.**

En la *Lista de medicamentos*, se incluyen algunos medicamentos señalados como “NT”. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre medicamentos con un símbolo “NT” siguen el proceso descrito en la Sección E.

#### ¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación acerca de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D?

**Sí.** Estos son ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitarnos acerca de sus

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, como por ejemplo:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en *la Lista de medicamentos* del plan
  - Solicitarnos que omitamos una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como los límites a la cantidad que puede obtener de un medicamento)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando el medicamento está en la *Lista de medicamentos* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo).

**NOTA:** Si en su farmacia le dicen que su receta no puede abastecerse, recibirá un aviso en el que se le explicará cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

**El término legal** para una decisión sobre la cobertura de sus medicamentos de la Parte D se conoce formalmente como “**determinación de la cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, usted puede apelar nuestra decisión. Esta Sección le indica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Utilice la tabla a continuación para que le ayude a decidir qué sección contiene la información para su situación:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



**¿En cuál de estas situaciones se encuentra?**

<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o necesita que hagamos una excepción a una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p><b>Puede solicitar que hagamos una excepción.</b> (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura).</p> <p>Comience con la Sección F2. Consulte también las Secciones F3 y F4.</p>	<p>¿Quiere que incluyamos un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y cree que cumple con las normas o restricciones de algún plan (como la de obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p><b>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</b></p> <p>Vaya a la Sección F4.</p>	<p>¿Desea que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p><b>Puede solicitar que le hagamos un reembolso.</b> (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura).</p> <p>Vaya a la Sección F4.</p>	<p>¿Ya le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la manera que usted desea que sea cubierto o pagado?</p> <p><b>Puede presentar una apelación.</b>(Esto significa que nos pide que reconsideremos).</p> <p>Vaya a la Sección F5.</p>
---	--	--	---

**F2. Qué es una excepción**

Una excepción es el permiso para obtener cobertura de un medicamento que normalmente no está en nuestra *Lista de medicamentos* o para usarlo sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no está en la *Lista de medicamentos* o no está cubierto como le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”.

Cuando usted solicite una excepción, su médico u otro profesional que expide recetas deberán explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico o un profesional que expide recetas nos puede solicitar:

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra *Lista de Medicamentos*.
  - Usted no puede solicitar una excepción al monto del copago o del coseguro que debe pagar por el medicamento.
2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección C).
  - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen:
    - Exigencia de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
    - Obtener la aprobación del plan antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. (a veces, esto se denomina “autorización previa” (PA)).
    - Exigencia de que pruebe primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted está solicitando. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
    - Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede adquirir.

**El término legal** para solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina una **“excepción al formulario”**.

### 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 proporcionarnos una declaración escrita que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico u otro profesional que expide recetas cuando pida la excepción.

Normalmente, nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría ser tan eficaz como el medicamento que usted está solicitando y no provocaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



**Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de excepción**

- Si **aceptamos** su solicitud de excepción, esta suele tener validez hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección F5, se indica cómo presentar una apelación si **rechazamos** su solicitud.

La sección a continuación le explica cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://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

### Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión sobre la cobertura que usted desea. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide recetas) pueden hacerlo. 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 la reclamación.
- Usted, su médico (u otro profesional que expide recetas) o quien actúe en su nombre puede solicitar una decisión sobre la cobertura. También puede tener a un abogado que actúen en su nombre.
- Lea la Sección D para saber cómo otorgar permiso a otra persona para que actúe como su representante.
- No es necesario que otorgue permiso por escrito a su médico u otro profesional que expide recetas para que nos pida una decisión sobre la cobertura en su nombre.
- Si quiere solicitarnos el reembolso de un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, de este manual. En el Capítulo 7, se describen las ocasiones en las que posiblemente deba solicitar un reembolso. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- En caso de que solicite una excepción, adjunte la “declaración de apoyo”. Su médico u otro profesional que expide recetas debe proporcionarnos las razones médicas

### Resumen: cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o un pago

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para preguntar, o solicítele a su representante, médico u otro profesional que expide recetas que pregunte. Le daremos una respuesta acerca de una decisión estándar sobre la cobertura en un plazo de 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso de un medicamento en la Parte D que ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si está solicitando una excepción, incluya la declaración de apoyo del médico u otro profesional que expide recetas.
- Usted, su médico u otro profesional que expide recetas puede pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas suelen llegar en 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También consúltelo para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



para la excepción de medicamentos. Esto se llama “declaración de apoyo”.

- Su médico u otro profesional que expide recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional que expide recetas se puede comunicar con nosotros por teléfono y luego enviar por fax o correo una declaración escrita.

### Si su salud así lo requiere, pídanos que le demos una “decisión rápida sobre la cobertura”

Utilizaremos los “plazos estándar”, a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión estándar sobre la cobertura** significa que le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 72 horas de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de su médico.

**El término legal** para “determinación de cobertura” es “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura únicamente si está solicitando un **medicamento que aún no ha recibido**. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura cuando nos solicite el reembolso de un medicamento que ya adquirió).

Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura únicamente si el hecho de utilizar los plazos estándar pudiera **ocasionarle un daño grave a su salud o dañar su capacidad de mantener sus funciones**.

Si su médico u otro profesional que expide recetas nos informan que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, automáticamente accederemos a brindarle una decisión rápida sobre la cobertura, y la carta se lo indicará.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin la justificación de su médico u otro profesional que expide recetas), nosotros decidiremos si usted obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, utilizaremos los plazos estándar en su lugar.
  - Le enviaremos una carta comunicándonoselo. La carta le dirá cómo hacer un reclamo sobre nuestra decisión de entregarle una decisión estándar.
  - Usted puede presentar una "queja rápida" y obtener una respuesta a la misma en un plazo de 24 horas. Si quiere obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección J.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



**Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura**

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa un plazo no superior a 24 horas luego 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 una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, debemos ofrecer la cobertura en un plazo de 24 horas posteriores a la obtención de su solicitud o la declaración que apoye su solicitud por parte de su médico o profesional que expide recetas.
- **Si rechazamos** su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta con los motivos de haberlo **rechazado**. En la carta también le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

**Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que usted aún no ha recibido**

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud. O, si solicita una excepción, esta debe hacerse 72 horas después de que recibamos la declaración de apoyo de su médico o el profesional que expide recetas. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, debemos aprobar o brindar la cobertura en un plazo de 72 horas posteriores a la obtención de su solicitud o, si solicita una excepción, de la declaración de apoyo de su médico o profesional que expide recetas.
- **Si rechazamos** su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta con los motivos de haberlo **rechazado**. En la carta también le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

**Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que usted ya compró**

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente, le realizaremos el pago en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** su solicitud total o parcialmente, le enviaremos una carta con los motivos de haberlo **rechazado**. En la carta también le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

## F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional que expide recetas, o su representante debe comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Para solicitar una apelación estándar, puede presentar la apelación enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al 1-855-580-1689 (TTY: 711).
- Si desea una apelación rápida, podrá presentar su apelación por escrito o llamarnos por teléfono.
- Realice su solicitud de apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha en el aviso que enviamos para informarle de nuestra decisión. Si deja pasar la fecha límite y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos concederle más tiempo para presentar la apelación. Por ejemplo, algunos motivos justificados para que se le venza un plazo sería usted tuviera una enfermedad grave que le impidiera comunicarse con nosotros o si le diéramos información incorrecta o incompleta sobre los plazos para solicitar una apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios al miembro 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

### Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o profesional que expide recetas, o su representante puede asentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o por fax. También pueden solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte **en un plazo de 65 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si se le vence el plazo por un motivo justificado, aún podrá apelar.
- Usted, su médico o profesional que expide recetas, o su representante puede llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea la sección de este capítulo para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También consúltelo para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



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 acerca de una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se conoce formalmente como una “**redeterminación**” del plan.

Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que expide recetas pueden aportarnos información adicional para sustentar su apelación.

### Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si usted apela una decisión que nuestro plan tomó acerca de un medicamento que aún no ha adquirido, usted, su médico u otro profesional que expide recetas deberá decidir si es necesaria 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 .

**El término legal** para “apelación rápida” se conoce formalmente como “**redeterminación acelerada**”.

### El plan revisará su apelación y le informará sobre nuestra decisión

- Nuevamente, examinamos en detalle 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 su médico u otro profesional que expide recetas para obtener más información. El revisor será alguien que no tomó la decisión sobre la cobertura original.

### Plazos para una “apelación rápida”

- Si estamos aplicando los plazos rápidos, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 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** su solicitud total o parcialmente, debemos proporcionar la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que se explique por qué la **rechazamos**.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



**Plazos para una “apelación estándar”**

- Si estamos utilizando los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si nos pide que le devolvamos su dinero por un medicamento que ya compró. Si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si considera que su salud lo requiere, deberá solicitar una apelación “rápida”.
- Si no tomamos una decisión en un plazo 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 apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** su solicitud total o parcialmente:
  - 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 calendario desde la recepción de su apelación o a los 14 días calendario si nos solicitó el reembolso de un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos una solicitud para reembolsarle por un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** en forma total o parcial su solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué la **rechazamos** y le informaremos cómo apelar nuestra decisión.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** en forma total o parcial su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si presenta otra apelación. Si decide continuar a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito. La carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando haga una apelación a la IRE, le enviaremos su archivo de caso. Es posible que tenga derecho a solicitar una copia de su expediente llamando a Servicios al Miembro 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.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente, contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE observarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

### Resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito.

- Pregunte **en un plazo de 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si se le vence el plazo por un motivo justificado, aún podrá apelar.
- Usted, su médico u otro profesional que expide recetas, o su representante puede solicitar la Apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! También consúltelo para encontrar información sobre los plazos de las decisiones.

**El término legal** para apelar a la IRE sobre un medicamento de la Parte D se conoce formalmente como **“reconsideración”**.

### Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Si la IRE acuerda darle una “apelación rápida”, esta deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud de apelación.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



- 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 tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario posteriores recibir su apelación, o de 14 días calendario si nos solicitó que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró.
- Si la IRE **acepta** en forma total o parcial su solicitud, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la decisión.
- Si la IRE aprueba su solicitud de devolverle el dinero de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario posteriores a recibir 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) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama "confirmar la decisión". También se le llama "rechazar su apelación".

Si desea continuar al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que solicita deben cumplir con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, usted no podrá continuar con su apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedir 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 usted ingresa en un hospital, tiene el derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deba dejar el hospital. También lo ayudarán a coordinar cualquier atención que podría necesitar cuando se vaya.

- El día que usted se va del hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informará cuál es su fecha de alta.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



Si considera que le están dando el alta demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada. En esta sección, se explica cómo realizar una solicitud.

## G1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dos días después de que haya sido admitido al hospital, un trabajador de casos o una enfermera le dará un aviso que se llama “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Si no recibe este aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro 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 cuidadosamente y haga preguntas si no comprende. El “Mensaje importante” le informa acerca de sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:

- Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización en el hospital. Tiene el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién paga por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Ser parte de cualquier decisión acerca de la duración de su hospitalización en el hospital.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.
- Apelar la decisión sobre su alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Usted debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan dicho.

Guarde su copia firmada del aviso así tendrá toda información con usted, en caso de necesitarla.

- Para leer una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios al Miembro 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](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro o a Medicare a los números indicados anteriormente.

## G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por más tiempo, debe solicitar 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 apropiada para usted. En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Programa BFCC-QIO de Livanta.

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 (QIO) **antes** de abandonar el hospital y en un plazo no superior a la fecha planificada para su alta. “Un 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 luego de su fecha de alta planificada sin hacerse cargo de los gastos hasta recibir la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- **Si usted no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, posiblemente deba pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- **Si usted no cumple con la fecha límite** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente al plan. Para obtener detalles, consulte la Sección G4.

#### 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 abandonar el hospital y antes de su fecha de alta prevista.

Queremos asegurarnos de que sabe qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro al 1-855-580-1689 (TTY: 711). El horario de

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



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.

### ¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para que comprueben y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas aseguradas por Medicare.

### Solicite una “revisión rápida”

Usted debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Al solicitar una “revisión rápida”, usted pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándar.

**El término legal** para “revisión rápida” se conoce formalmente como “**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 cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No es necesario que usted prepare una respuesta por escrito, aunque si lo desea puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su historial médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos describan su apelación, recibirá una carta que indique su fecha de alta planificada. La carta explica las razones por las que nosotros, junto con su médico y el hospital, creemos que es adecuado que sea dado de alta en esa fecha.

**El término jurídico** para esta explicación escrita se llama “**Aviso detallado de Alta**” Puede recibir una copia si llama a Servicios al Miembro 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). También puede ver una copia del aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



### ¿Qué sucede si se acepta su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **acepta** su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios mientras sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucede si se rechaza su apelación?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su apelación, significa que creen que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. Si esto ocurre, la cobertura que brindamos para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía, el día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le brinde la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **rechaza** su solicitud y usted decide quedarse en el hospital, entonces es posible que deba pagar la continuación de su estadía en el hospital. El costo de la atención hospitalaria que puede tener que pagar comienza al mediodía del día posterior a la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2.

### G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. Usted deberá comunicarse nuevamente a la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicitarle otra revisión.

Solicite esta revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después de 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 que finalizara la fecha de la cobertura de la atención.

En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Programa BFCC-QIO de Livanta. Puede comunicarse con Livanta BFCC-QIO al **1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775)**.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisarán nuevamente toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario tras la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización de 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.

### **¿Qué sucede si se acepta su apelación?**

- Debemos devolverle el dinero por nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que obtuvo desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos continuar brindando la cobertura por la atención que recibe en el hospital, siempre que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y tal vez haya limitaciones de 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 no la cambiará. La carta que reciba le dirá qué hacer si desea seguir adelante con el proceso de apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta planificada.

## **H. Qué hacer si considera que sus servicios de atención de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto**

Esta sección únicamente se refiere a los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidado médico domiciliario.
- Servicios de enfermería especializada.
- La atención de rehabilitación que recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



general, esto implica que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.

- Con cualquiera de estos tres tipos de atención, tiene el derecho de seguir recibiendo servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que lo necesita.
- Cuando nosotros decidamos interrumpir la cobertura de cualquiera de ellos, deberemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando se termina la cobertura de esa atención, dejamos de pagar el costo por la atención.

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado 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 dejemos de pagar por su atención. Esta se denomina “Aviso de No Cobertura de Medicare”. En el aviso por escrito se informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deberán firmar el aviso por escrito para demostrar que la recibió. Firmar la notificación **no** significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que debe dejar de recibir cuidado.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar.

### **H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención**

Si usted considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar con su apelación, debe comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos que corresponden a las cosas que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no cumplimos nuestros plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección J, se indica cómo presentar un reclamo).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro 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.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



La llamada y la ayuda son gratuitas.

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que tomamos. En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Programa BFCC-QIO de Livanta. Puede comunicarse con el Programa BFCC-QIO de Livanta 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 dijeron que dejaríamos 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: 1-888-985-8775) y solicite una “apelación por vía rápida”.

Llame antes de abandonar la agencia o centro que le está brindando la atención y antes de su fecha de alta prevista.

### **¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?**

Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para que comprueben y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas aseguradas por Medicare.

### **¿Qué debe solicitar?**

Solicite una “apelación por vía rápida”. Esta es una revisión independiente de si es o no médicamente adecuado para nosotros cancelar 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 siguiente a la fecha en que recibió el aviso por escrito informándole cuándo finalizará la cobertura de su cuidado.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad por su apelación, puede presentar la apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección H4.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



**El término legal** del aviso por escrito se conoce formalmente como “**Notificación de No Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia, llame a Servicios al Miembro 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 consultar una copia en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI)

### ¿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 le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que la cobertura para los servicios debe continuar. No es necesario que usted prepare una respuesta por escrito, aunque si lo desea puede hacerlo.
- Cuando pide una apelación, el plan debe escribir una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad explicando por qué sus servicios deben terminar.
- Los revisores también observarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán otra información que el hospital o nuestro plan le hayan entregado.
- **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 que le explicará la decisión.

**El término legal** de la carta que explica por qué sus servicios deben terminar es conocido formalmente como “**Explicación Detallada de No Cobertura**”.

### ¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, entonces debemos seguir brindando sus servicios cubiertos mientras 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 le informamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.
- Si decide continuar recibiendo atención de salud en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, usted deberá pagar el costo total de esta atención.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.lmeridian.com](http://mmp.lmeridian.com).



### 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 revisará nuevamente la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención de salud a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura.

En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Programa BFCC-QIO de Livanta. Puede comunicarse con Livanta BFCC-QIO al 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Solicite esta revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya **rechazado** su Apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si continuó recibiendo el cuidado luego de la fecha en que finalizó su cobertura del cuidado.

#### 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 abandonar la agencia o centro que le está brindando la atención y antes de su fecha de alta prevista.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisarán nuevamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoramiento de la Calidad tomará una decisión en un plazo de 14 días calendario tras la recepción de su solicitud de apelación.

#### ¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos continuar proporcionándole cobertura para el cuidado por el tiempo que sea médicamente necesario.

#### ¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre la Apelación de Nivel 1 y no la modificarán.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



- La carta que reciba le informará qué hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará la información relativa a cómo pasar al siguiente nivel de apelación, el cual 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 realizó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 para servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que recibe de la Entidad de Revisión Independiente le informará qué debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado adjudicador. Si desea que un ALJ o un juez de derecho administrativo revisen su caso, el artículo o servicio médico que está solicitando debe alcanzar un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor al nivel mínimo, usted no podrá seguir adelante con la apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedir a un ALJ o un juez de derecho administrativo que atienda su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o el abogado adjudicador, puede recurrir al Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, es posible que tenga el derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelación, puede comunicarse con 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.

### I2. Pasos siguientes para servicios y artículos de Medicaid

También tiene más derechos de apelación si su apelación tiene relación con los servicios o artículos que Medicaid puede cubrir.

Después de que concluya la Apelación de Nivel 2 en la oficina de Audiencias Estatales Imparciales, obtendrá una decisión escrita denominada "Decisión administrativa final". El Director de la Agencia toma esta decisión en función de las recomendaciones del funcionario de audiencias imparciales. Se enviará la decisión final a usted y a todas las partes interesadas por escrito a través de la Oficina de audiencias. Esta decisión se podrá volver a revisar solamente a través de los Tribunales de circuito del estado de Illinois. El plazo que el Tribunal de circuito dará para presentar dicha revisión será de solo 35 días desde la fecha de la Decisión administrativa final.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## 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 incluyen algunos ejemplos de los problemas gestionados mediante el proceso de reclamo.

#### Reclamos sobre la calidad

- Usted está insatisfecho con la calidad de la atención, como por ejemplo la atención que recibió en el hospital.

#### Reclamos sobre la privacidad

- Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información suya que es confidencial.

#### Reclamos sobre un mal servicio al cliente

- Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue rudo o irrespetuoso con usted.
- El personal de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) lo trató mal.
- Cree que lo están obligando a salir del plan.

#### Reclamos sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención de salud en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda un servicio razonable que necesita, como un intérprete de Lengua de señas estadounidense.

#### Reclamos sobre los plazos de espera

- Está teniendo dificultades para obtener una consulta o está esperando demasiado para obtenerla.
- Los médicos, farmacéuticos, otros profesionales de atención médica, el personal de Servicios al Miembro u otro personal del plan lo están haciendo esperar demasiado

#### Resumen: Cómo presentar un reclamo

Usted puede presentar un reclamo interno a nuestro plan y/o un reclamo externo a una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para realizar un reclamo interno, llame a Servicios al Miembro o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan reclamos externos. Para obtener más información, lea la Sección J3.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



tiempo.

### Reclamos sobre la limpieza

- 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 proporciona un intérprete durante su cita.

### Reclamos sobre nuestras comunicaciones

- Usted cree que no le hemos proporcionado una notificación o carta que debería haber recibido.
- Usted cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

### Reclamos sobre los plazos para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o responder a su apelación.
- Considera que, después de obtener una decisión sobre la cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o proporcionarle el servicio o para devolverle el dinero por ciertos servicios médicos.
- Cree que no hemos enviado su caso a la Entidad de Revisión Independiente a tiempo.

**El término legal** de un “reclamo” se conoce formalmente como “**queja**”.

**El término legal** para “hacer un reclamo” es “**presentar una queja formal**”.

### ¿Hay diferentes tipos de reclamos?

**Sí.** Usted puede presentar un reclamo interno o uno externo. Un reclamo interno se presenta y lo revisa nuestro plan. Un reclamo externo se presenta y lo revisa una organización no afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno y/o externo, 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. Quejas internas

- Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios al Miembro 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

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



llamaremos el siguiente día hábil. Puede presentar el reclamo en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si el reclamo está relacionado con un medicamento de la Parte D, debe presentarlo **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, Servicios al Miembro se lo informará.
- También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si presenta su reclamación por escrito, responderemos a ella por escrito. 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  
 P.O. Box 10450  
 Van Nuys, CA 91410-0450  
 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 acelerada o apelar en plazos normales.
- Una Queja estándar (reclamo) en general se resuelve en un plazo de 30 días de la fecha en que recibimos su solicitud, a menos que su salud o condición requieran de una respuesta más rápida. Los planes pueden demorar 14 días más si el miembro solicita la extensión o si el plan justifica la necesidad de obtener información adicional y documenta cómo la demora es lo mejor para el miembro. Los planes deben notificar de inmediato al miembro por escrito si se tomarán la extensión y explicar el motivo de la demora.

**El término legal para “reclamo rápido” es “queja formal acelerada”.**

Si es posible, le daremos una respuesta de inmediato. Si nos llama con un reclamo, quizás podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que le respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para favorecerlo, o si usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su reclamo. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si usted hace un reclamo porque le negamos su solicitud de “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le aceptaremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ilmeridian.com](http://mmp.ilmeridian.com).



- Si usted hace un reclamo porque nos tomamos un tiempo adicional para la decisión o apelación sobre la cobertura, automáticamente le aceptaremos un “reclamo rápido” y responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas.

**Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su reclamo, le informaremos y le daremos nuestros motivos. Le responderemos si estamos de acuerdo con el reclamo o no.

### **J3. Reclamos externos**

#### **Puede presentar su reclamo ante Medicare**

Puede enviarle su reclamo a Medicare. El Formulario de Reclamos de Medicare está disponible en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Medicare toma muy en serio sus reclamos y usará esta información para seguir mejorando la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan no está tratando de resolver su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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 al Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois, envíe un correo electrónico a [Aging.HCOProgram@illinois.gov](mailto:Aging.HCOProgram@illinois.gov).

#### **Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles**

Puede presentar un reclamo ante la Oficina del Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no recibió un trato imparcial. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre incapacidad para acceder o asistencia de idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es el 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la Oficina de Derechos Civiles en:

**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:**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

[mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Número de teléfono: 1-800-368-1019.

TTY: 1-800-537-7697.

Fax: 1-202-619-3818.

También puede tener derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la Ley de Derechos Humanos de Illinois. Puede comunicarse con la Línea de ayuda para adultos mayores de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. El número de teléfono es 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 se refiere a la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentarnos el reclamo a nosotros).
- O puede presentar su reclamo ante nosotros **y** ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si usted hace un reclamo a esta organización, trabajaremos conjuntamente con ellos para resolver su reclamo.

La Organización de Mejoramiento de la Calidad está integrada por un grupo de médico y otros expertos en atención médica, cuya remuneración la paga el gobierno federal para verificar 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.

En Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Programa BFCC-QIO de Livanta. El número de teléfono del Programa BFCC-QIO de Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía a nuestro plan Medicare-Medicaid

---

### Introducción

Este capítulo le indica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y cuáles son las opciones de cobertura médica después de salir de nuestro plan. Si se retira de nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía a nuestro plan Medicare-Medicaid .....	224
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan .....	225
C. Cómo afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid .....	225
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado .....	226
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare .....	226
D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid .....	228
E. Siga obteniendo artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que finalice su membresía .....	229
F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su membresía .....	229
G. Reglas para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud .....	230
H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía a nuestro plan .....	230
I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía al plan .....	231

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 711). Si necesita asistencia, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



---

## A. Cuándo puede cancelar su membresía a nuestro plan Medicare-Medicaid

Puede solicitar la cancelación de su membresía a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) en cualquier momento durante el año, para lo cual debe inscribirse en otro plan Medicare Advantage, inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid o cambiar a Original Medicare.

Si quiere volver a recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado:

- Su membresía finalizará el último día del mes en que los Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois o Medicare le soliciten cambiar su plan. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si los Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois o Medicare reciben su solicitud el 18 de enero, su nueva cobertura comenzará el 1 de febrero.

Si desea cambiar a un Medicare-Medicaid Plan diferente:

- Si solicita cambiar de plan antes del 18 de este mes, su membresía finalizará el último día de ese mismo mes. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si los Servicios de Inscripción de Clientes en Illinois obtienen su solicitud el 6 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1 de septiembre.
- Si solicita el cambio de plan después del día 18 del mes, su membresía se cancelará el último día del mes siguiente. Su nueva cobertura entrará en vigor el primer día del mes posterior a mes en que finaliza su membresía. Por ejemplo, si los Servicios de Inscripción de Clientes en Illinois obtienen su solicitud el 24 de agosto, su cobertura en el nuevo plan comenzará el 1 de octubre.

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- opciones de Medicare en el cuadro de la Sección D1;
- servicios de Medicaid en el cuadro de la Sección D2.

Para obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía, llame a:

- Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576.
- Programa de Seguros de Salud para la Tercera Edad (SHIP), al 1-800-252-8966, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.
- Medicare 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 alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



NOTA: Si usted participa en un Programa de Administración de Medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 de su *Manual del miembro* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

---

## B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, infórmeles a Medicaid o a Medicare que quiere abandonar Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP):

- Llame a Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576, **O**
- Llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) 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 la tabla de la Sección D1.

---

## C. Cómo afiliarse a otro plan de Medicare-Medicaid

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan, puede inscribirse en un plan Medicare-Medicaid diferente.

Para inscribirse a un Medicare-Medicaid Plan diferente, realice lo siguiente:

- Llame a Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Informe que quiere abandonar Meridian y afiliarse a otro plan Medicare-Medicaid. Si no está seguro del plan al que desea unirse, ellos pueden contarle acerca de otros planes en su área.
- Si Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois recibe su solicitud antes del 18 del mes, su cobertura con Meridian finalizará el último día de ese mismo mes. Si Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois recibe su solicitud después del 18 del mes, su cobertura con Meridian finalizará el último día del mes siguiente.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## 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

Podrá optar cómo recibir los beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan.

<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa Integral de Atención para Personas de la Tercera Edad (PACE)</b></p> <p><b>Esta tabla continúa en la página siguiente</b></p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al número 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.</p> <p>Si necesita asistencia u obtener información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa de Seguros de Salud para Adultos Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.</li> </ul> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
---	--

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



<p><b>(continuación)</b></p> <p><b>2. Puede cambiar a: Un plan Original Medicare con un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</b></p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al número 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.</p> <p>Si necesita asistencia u obtener información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Llame al Programa de Seguros de Salud para Adultos Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.</li></ul> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
--	--

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



<p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>A Original Medicare sin un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado.</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de Medicare de fármacos recetados, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le informe a Medicare que no desea afiliarse.</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 sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a su Programa de Seguros de Salud para Adultos Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327.</p>	<p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al número 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.</p> <p>Si necesita asistencia u obtener información adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Llame al Programa de Seguros de Salud para Adultos Mayores (SHIP) al 1-800-252-8966, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.</li> </ul> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) cuando comience la cobertura de Original Medicare.</p>
---	--

## D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid

Si se retira del plan Medicare-Medicaid, obtendrá sus servicios de Medicaid a través del cargo por servicio o se le pedirá que se inscriba en el programa HealthChoice Illinois Managed Long-Term Services and Supports (MLTSS) para obtener los servicios de Medicaid.

Si no se encuentra en un centro de enfermería o inscrito en una exención de servicios comunitarios y en el hogar (HCBS), recibirá los servicios de Medicaid a través de la tarifa por servicio. Puede utilizar cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes.

Si se encuentra en un centro de enfermería o está inscrito en una exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), se le pedirá que se inscriba en el programa HealthChoice Illinois MLTSS para obtener sus servicios de Medicaid.

Para elegir el plan de salud HealthChoice Illinois MLTSS, puede llamar a Servicios de Inscripción de Clientes de Illinois al 1-877-912-8880, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Informe que quiere abandonar Meridian y afiliarse a un plan de salud de MLTSS HealthChoice Illinois.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



Después de que se haya inscrito en el plan de salud HealthChoice Illinois MLTSS, tendrá 90 días para cambiar a otro plan médico HealthChoice Illinois MLTSS.

Recibirá una nueva tarjeta de ID de miembro, un nuevo *Manual del miembro* e información sobre cómo acceder al *Directorio de Proveedores y Farmacias* de su plan de salud de MLTSS HealthChoice Illinois.

---

## E. Siga obteniendo artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan, hasta que finalice su membresía

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 los servicios de farmacia de compra por correo, para surtir sus recetas.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP), nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes del alta.

---

## F. Otras situaciones que ocurren cuando se cancela su membresía

Estos son los casos en los que Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) debe cancelar su membresía al plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Part A y Part B.
- Si ya no reúne los requisitos para acceder a Medicaid. Nuestro plan es para las personas que califican para Medicare y 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 usted permanece fuera del área de servicios del plan por más de seis meses.
  - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, debe llamar al Servicios al Miembro para saber si el lugar al que se dirige se encuentra dentro del área de servicios de nuestro plan.
- Si va a prisión.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene para medicamentos recetados.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que 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](http://mmp.il.meridian.com).



- Si usted no es un ciudadano estadounidense o no está presente legalmente en los Estados Unidos.
  - Debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro.
  - Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

Podemos dejar nuestro plan por las siguientes razones, solo si obtenemos primero el permiso de Medicare y Medicaid:

- Si nos proporciona intencionalmente información incorrecta en su solicitud de inscripción que podría afectar su elegibilidad para inscribirse en nuestro plan.
- Si usted se comporta continuamente de manera perjudicial y que nos dificulte proporcionar cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si usted permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica.
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.

---

## **G. Reglas para evitar que le pidamos abandonar nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la 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 del Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois al 1-800-226-0768 de 8 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-204-1012.

---

## **H. Su derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía a nuestro plan**

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos decirle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9, Sección J, para obtener información sobre cómo hacer un reclamo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



---

## I. Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía al plan

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, puede llamar a Servicios al Miembro, 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 alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## Capítulo 11: Avisos legales

---

### Introducción

Este capítulo describe las notificaciones legales que se aplican a su membresía a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

### Índice

A. Aviso sobre leyes.....	233
B. Aviso de No Discriminación .....	233
C. Aviso sobre Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) como segundo pagador .....	234
C1. Derecho de subrogación de Meridian .....	234
C2. Derecho de reembolso de Meridian.....	234
C3. Sus responsabilidades .....	234
D. Confidencialidad del paciente y aviso sobre prácticas de privacidad .....	235
E. Contratistas independientes .....	235
F. Coordinación de beneficios.....	236
G. Responsabilidad de terceros .....	236
H. Fraude al plan de atención de salud .....	237
I. Circunstancias que van más allá del control de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) .....	237

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



---

## A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidad, incluso si las mismas no están incluidas o explicadas en este manual. Las principales leyes que aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Otras leyes federales y estatales también pueden aplicar.

---

## B. Aviso de No Discriminación

Todas las compañías o agencias que trabajan con Medicare y Medicaid deben obedecer las leyes que protegen al miembro contra la discriminación o el trato injusto. No discriminamos ni lo tratamos de forma diferente debido a su edad, experiencias en reclamaciones, color, etnia, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicios, estado de salud, historial médico, incapacidad física o mental, nacionalidad, raza, religión, sexo u orientación sexual.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, realice los siguientes pasos:

- Llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.
- Comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles 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:

Número de teléfono: 1-800-368-1019.  
TTY: 1-800-537-7697.  
Fax: 1-202-619-3818.

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención de salud o a un proveedor, llame a Servicios al Miembro. Si tiene algún reclamo, como problemas para acceder en silla de ruedas, el Servicios al Miembro podrá ayudarle.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



---

## C. Aviso sobre Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) como segundo pagador

En ocasiones, alguien más tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted sufrió un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo, el seguro o la Compensación del trabajador tiene que pagar primero.

Meridian tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago de los servicios cubiertos cuando alguien más debe pagar primero.

### C1. Derecho de subrogación de Meridian

La subrogación es el proceso mediante el cual Meridian recupera parte o la totalidad de los costos por su atención de salud de otra aseguradora. Ejemplos de otras aseguradoras incluyen:

- Su seguro de vehículos o vivienda
- El seguro de vehículos o vivienda de una persona que le ocasionó una enfermedad o una lesión.
- El seguro de indemnización por accidentes laborales

Si una aseguradora que no es Meridian debe pagar por los servicios relacionados con una enfermedad o lesión, Meridian tiene el derecho de solicitar el reembolso a esa empresa aseguradora. A menos que la ley requiera lo contrario, la cobertura en virtud de esta póliza por parte de Meridian será secundaria cuando otro plan, incluido otro plan de seguro, le proporcione cobertura para los servicios de atención de salud.

### C2. Derecho de reembolso de Meridian

Si recibe dinero de una demanda o un acuerdo legal por una enfermedad o lesión, Meridian tiene el derecho de pedirle que le reembolse el costo de los servicios cubiertos por los que pagó. No podemos hacer que nos reembolse más de la suma de dinero que usted obtuvo del juicio o acuerdo.

### C3. Sus responsabilidades

Como miembro de Meridian, usted acepta lo siguiente:

- informarnos sobre cualquier acontecimiento que pueda afectar los derechos de subrogación o reembolso de Meridian;
- cooperar con Meridian cuando esta solicite información y asistencia con la coordinación de beneficios, la subrogación o el reembolso;
- firmar documentos para ayudar a Meridian a ejercer sus derechos de subrogación y reembolso;

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://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 permitida por la ley;
- pagar a Meridian todos los montos recuperados en un juicio, un acuerdo legal 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 no está dispuesto a ayudarnos, es posible que tenga que reembolsarnos los costos incurridos por nosotros, incluidos los honorarios razonables de abogados, para hacer valer nuestros derechos en virtud de este plan.

---

## D. Confidencialidad del paciente y aviso sobre prácticas de privacidad

Nos aseguraremos de que toda la información, los registros, los datos y los elementos de los datos relacionados con usted, utilizados por nuestra organización y nuestros empleados, subcontratistas y socios comerciales, estén protegidos de la divulgación no autorizada en virtud del Estatuto 305 de los Estatutos Compilados de Illinois (ILCS), Capítulo 5, secciones 11-9, 11-10 y 11-12; el Código de los Estados Unidos (USC) 42, Sección 654(26); el Capítulo 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), parte 431, subparte F; el Capítulo 45 del CFR, parte 160; y el Capítulo 45 del CFR, parte 164, subpartes A y E.

Estamos obligados por ley a proporcionarle un Aviso en el que se describa cómo se puede utilizar y divulgar su información de salud, y cómo puede obtener esa información. Revise cuidadosamente este Aviso de Prácticas de Privacidad. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro 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.

Para obtener nuestro Aviso de prácticas de privacidad, visite [www.mmp.ilmeridian.com/notice-of-privacy.html](http://www.mmp.ilmeridian.com/notice-of-privacy.html) o haga clic en el enlace "Notice of Privacy Practices" (Aviso de prácticas de privacidad) en la parte inferior de nuestra página web en [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com). Si quiere obtener más información sobre nuestra política de privacidad, consulte el Capítulo 8, Sección C2, página 145.

---

## 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 del plan de salud Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP), y ni Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) ni ningún empleado de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) es

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso, se tomará ningún aspecto en consideración con el fin de establecer una relación de empleador y empleado, director y agente, o alguna relación fiduciaria o de otro tipo, que no sea la de partes independientes que se contratan entre sí. Los proveedores participantes son los únicos responsables de cualquier acto de negligencia, delito, infracción, incumplimiento o cualquier otro acto u omisión ilícito. Los médicos participantes, y no Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP), mantienen una relación médico-paciente con el miembro. Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) no es proveedor de atención de salud.

---

## F. Coordinación de beneficios

En caso de que tenga derecho a los beneficios en virtud de este Manual del miembro y de que, asimismo, tenga derecho a los beneficios en virtud de cualquier otro contrato o acuerdo público o privado de cobertura de atención de salud, como una póliza de seguro de automóvil o de hogar, los beneficios no están disponibles conforme a este Manual del miembro, a menos que se agoten los beneficios del otro plan de salud o póliza de seguro. Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) coordinará con otros planes de beneficios de atención de salud 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 de salud, 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, condición 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, condición o lesión por la que Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) haya realizado algún pago en su nombre o a usted. Las fuentes comunes para este gravamen son los acuerdos legales, las indemnizaciones u otras recuperaciones de otras empresas aseguradoras, tales como la compensación para automóviles o trabajadores, o los ingresos provenientes de una lesión personal, un dispositivo defectuoso u otra demanda por agravio.

Si Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) pagó a sus médicos por los servicios de atención de salud, pero luego usted recibe una compensación relacionada con su lesión, condición 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 reclamación de pago de un tercero esté pendiente o en disputa, Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) puede pagar

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



condicionalmente los servicios de atención de salud 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, condición o lesión.

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 acerca de las lesiones que pueda experimentar, pedirle información o documentación relacionada con una condición, enfermedad o lesión específica, o el estado de cualquier recuperación, y pedirle que participe en diversas etapas de acción legal en las que nosotros, o nuestros abogados, intentamos hacer valer nuestro gravamen.

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 miembro, 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 cualquiera de los cargos que aparecen en una factura o formulario de Explicación de beneficios, o si conoce o sospecha de alguna actividad ilegal, llame a la Línea de Atención Telefónica para Víctimas de Fraude gratuita de nuestro plan al 1-866-364-1350 (TTY: 711). La Línea de Atención Telefónica para Víctimas de Fraude 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 Meridian 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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



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 miembro*, 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 alguna pregunta**, llame a Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) al 1-855-580-1689 (TTY: 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 feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



## Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

---

### Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se utilizan en todo el *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término o si necesita más información, además de la incluida en la definición, comuníquese con Servicios al Miembro.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



**Actividades de la vida diaria:** Lo que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

**Ayuda paga pendiente:** Puede seguir recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se denomina “ayuda pagada pendiente”.

**Centro de cirugía ambulatoria:** Un centro que en el que se realizan cirugías a pacientes ambulatorios que no necesitan atención hospitalaria y que no prevé que necesiten más de 24 horas de atención médica.

**Apelación:** Es una manera de oponerse a nuestras acciones si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión sobre cobertura presentando una apelación. En el Capítulo 9, Sección D, se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

**Producto biológico:** Es un medicamento recetado 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. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

**Biosimilar:** un producto biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar intercambiable”).

**Medicamento de marca:** Es un medicamento que requiere receta médica fabricado y vendido por la empresa que originalmente lo hizo. Los medicamentos de marca poseen los mismos ingredientes que sus versiones genéricas. Otras empresas farmacéuticas son las que fabrican y comercializan los medicamentos genéricos.

**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.

**Plan de atención:** Un plan desarrollado de manera conjunta entre usted y su Coordinador de Atención, en el que se detallan sus necesidades médicas, conductuales, sociales y funcionales, y se identifican los objetivos y servicios necesarios para abordar esas necesidades.

**Equipo de atención:** Un equipo de atención, dirigido por un coordinador de atención, puede incluir médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales que están disponibles

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



para ayudarlo a elaborar un plan de atención y asegurarse de que reciba los servicios que necesita.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2, Sección G, se explica cómo comunicarse con los CMS.

**Reclamo:** Es 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. Quedan comprendidas todas las inquietudes sobre la calidad de nuestra asistencia, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal de la acción de “hacer un reclamo” es “presentar una queja”.

**Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF):** Es un centro donde se proporcionan, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Ofrece una variedad de servicios, como servicios de fisioterapia, asistencia social o psicológica, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y evaluación del ambiente en el domicilio.

**Decisión de cobertura:** Una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye las decisiones acerca de los medicamentos y los servicios cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios médicos. En el Capítulo 9, Sección D, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos:** El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos por nuestro plan.

**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.

**Capacitación sobre competencia cultural:** Capacitación en la que se brinda una enseñanza adicional a nuestros proveedores de atención de salud para que comprendan mejor los antecedentes, valores y creencias de los miembros, y sean capaces de adaptar los servicios que brindan para cubrir las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de estos.

**Cancelación de la inscripción:** Es el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (ajena a su voluntad).

**Niveles de los medicamentos:** Los niveles son grupos de medicamentos de nuestra

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



*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.

**Equipo médico duradero (DME):** Ciertos artículos que el médico le indica para que utilice en su hogar. Algunos ejemplos son sillas de ruedas, muletas, colchones de sistema eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por el proveedor para utilizarse en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

**Emergencia:** Es una condición 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, un grave peligro a su salud física o mental o la del bebé por nacer. Los síntomas médicos de una emergencia incluyen dolor intenso, la dificultad para respirar o hemorragia incontrolable.

**Atención de emergencia:** Servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y aquellos necesarios para tratar una emergencia médica.

**Excepción:** Un permiso para recibir cobertura para un medicamento que, normalmente, no está cubierto o para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

**Ayuda Adicional:** 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 Part D, como las primas, los deducibles y los copagos. La “Ayuda Adicional” también se denomina “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

**Audiencia imparcial:** Es una oportunidad para informar su problema ante un tribunal y demostrar que una decisión que tomamos es incorrecta.

**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 uno de marca. Suele ser más económico y es tan eficaz como un medicamento de marca.

**Queja:** Es un reclamo que usted presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye un reclamo sobre la calidad de la atención que usted recibió.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



**Plan de salud:** Plan de salud: Una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, incluye Coordinadores de Atención que ayudan en la gestión de todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en equipo para brindarle la atención que necesita.

**Evaluación de salud:** Una revisión de los antecedentes médicos y la condición actual del miembro inscrito. Se utiliza para conocer la salud del paciente y la manera en la que podría cambiar en el futuro.

**Asistente de salud a domicilio:** Es una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades 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). Los asistentes de salud a domicilio no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

**Atención para pacientes terminales:** Es un programa de atención y apoyo que ayuda a personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que la persona padece una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses como máximo.

- Un miembro con una prognosis terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan asistencia integral a la persona atendiendo necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Meridian debe brindarle una lista de proveedores de centros de atención para pacientes terminales de su área geográfica.

**Facturación incorrecta o inadecuada:** Se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura un monto superior que el de los costos compartidos del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) para obtener cualquier servicio o surtir sus recetas. Llame a Servicios al Miembro si recibe alguna factura que no comprende.

Debido a que Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) paga el costo total de sus servicios, usted no debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deberían facturarle a usted estos servicios.

**Pacientes hospitalizados:** Es un término que se utiliza cuando se lo admite formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no se lo admitió formalmente, aún podrá considerárselo paciente ambulatorio en vez de paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche en el hospital.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



**Biosimilar intercambiable:** Es un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

**Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos):** Es una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos incluidos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le informa si existe alguna norma que deba cumplir para recibir los medicamentos. En ocasiones, la *Lista de medicamentos* se denomina “Formulario”.

**Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS):** Los servicios y apoyos a largo plazo incluyen las exenciones de Atención a largo plazo y de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS). Las exenciones de los HCBS pueden ofrecerle servicios que lo ayudarán a permanecer en su hogar y comunidad.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** Consulte “Ayuda Adicional”.

**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 adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, se le cubrirá la mayoría de los costos de atención de salud.
- Consulte el Capítulo 2, Sección H, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Medicamento necesario:** Este término se refiere a los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Estos servicios incluyen atención que evita que vaya a un hospital o centro de convalecencia. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con las normas de la práctica médica aceptadas o que son necesarios conforme a las normas de cobertura actuales de Medicare o Illinois Medicaid.

**Medicare:** Es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



**Plan Medicare Advantage:** Es un programa de Medicare, también llamado “Medicare Part C” o “plan MA”, que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a esas empresas para cubrir los beneficios de Medicare que usted recibe.

**Servicios cubiertos por Medicare:** Los servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que estén cubiertos por Medicare Part A y Part B.

**Afiliado de Medicare-Medicaid:** Una persona que califica para tener la cobertura de Medicare y Medicaid. Un miembro de Medicare-Medicaid también se denomina “individuo con doble elegibilidad”.

**Medicare Part A:** Es el programa de Medicare que cubre la mayoría de los hospitales médicamente necesarios, los centros de enfermería especializada, la atención de salud en el hogar y la atención para pacientes terminales.

**Medicare Part B:** Es el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

**Medicare Part C:** El programa de Medicare que permite que compañías de seguro de salud privadas proporcionen beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

**Medicare Part D:** Es el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Llamamos a este programa "Parte D" para abreviar su nombre). La Parte D cubre los medicamentos recetados, vacunas y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid para pacientes ambulatorios. Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) incluye la Medicare Part D.

**Medicamentos de Medicare Part D:** Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Part 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.

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** Es una persona que tiene Medicare y Medicaid, que califica para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

**Manual del miembro y divulgación de información:** Este documento, junto con el formulario de inscripción y demás anexos o cláusulas, explica su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus obligaciones como miembro de nuestro plan.

**Servicios al Miembro:** Es un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, Sección A, para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios al Miembro.

**Farmacia de la red:** Es una farmacia que aceptó surtir recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Nosotros las denominamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados se cubren únicamente si se surten en una de las farmacias de la red.

**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 comprende hospitales, agencias de atención de salud en el hogar, clínicas y otros lugares donde se prestan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención de salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y recibir nuestro pago sin cobrar a los miembros un importe adicional.
- Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Centro de convalecencia:** Un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibirla en su hogar, pero que tampoco necesitan permanecer en el hospital.

**Defensoría:** Es una oficina ubicada en su estado en la trabajan personas que se dedican a defenderlo. Ellos pueden responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y pueden ayudarlo para que sepa qué hacer. Los servicios de los defensores de pacientes son gratuitos. Puede obtener más información acerca del Ombudsman en el Capítulo 2, Sección J, y el Capítulo 9, Sección A, de este manual.

**Determinación de la organización:** El plan toma una determinación de la organización cuando esta, o uno de sus proveedores, decide si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman "decisiones sobre cobertura" en este manual. En el Capítulo 9, Sección D, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Producto biológico original:** Es un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

**Original Medicare (Medicare tradicional o cargo por servicio de Medicare):** El Gobierno ofrece Original Medicare. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



mediante el pago de los montos que establece el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención de salud.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de salud que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico).
- Original Medicare se encuentra disponible en todo Estados Unidos.
- Si no desea ser parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

**Farmacia fuera de la red:** Es una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que adquiere en una farmacia fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, excepto en ciertas condiciones.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** Es un proveedor o centro que no es empleado ni propiedad de nuestro plan y tampoco es operado por este; asimismo, no tiene un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3, Sección D, encontrará más información sobre los proveedores o los centros fuera de la red.

**Medicamentos de venta libre (OTC):** Todo medicamento o medicina que una persona puede comprar sin una receta médica emitida por un profesional de la salud.

**Parte A:** Consulte “Medicare Part A”.

**Parte B:** Consulte “Medicare Part B”.

**Parte C:** Consulte “Medicare Part C”.

**Parte D:** Consulte “Medicare Part D”.

**Medicamentos de la Parte D:** Consulte “Medicamentos de Medicare Part D”.

**Información de salud personal (también llamada información de salud protegida o PHI):** Es información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Meridian para obtener más información sobre cómo Meridian protege, utiliza y divulga su PHI, así como sus derechos en relación con su PHI.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** Su proveedor de atención primaria 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.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



- En la mayoría de los planes de salud Medicare, usted debe acudir al proveedor de atención primaria antes que a cualquier otro proveedor de atención de salud.
- Consulte el Capítulo 3, Sección D1, para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

**Autorización previa (PA):** 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 el servicio o el medicamento.

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 están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección D.

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*, y las normas se publican en el sitio web de nuestro plan.

**Prótesis y aparatos ortopédicos:** Se trata de dispositivos que su médico u otro proveedor de atención de salud le indican. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos de brazo, espalda y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO):** Se trata de un grupo de médicos y otros expertos en atención de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. El Gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, Sección F, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

**Límites de cantidad:** Es un límite que se aplica a la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Pueden establecerse límites en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

**Herramienta de beneficios en tiempo real:** Es un portal o una aplicación informática en la cual los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada de los medicamentos cubiertos y los beneficios específicos del miembro. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento dado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

**Remisión del médico:** Una remisión del médico quiere decir que su proveedor de atención

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



primaria (PCP) 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 del médico para acudir a determinados médicos especialistas, como un médico especialista en salud de la mujer. Puede obtener más información acerca de las remisiones del médico en el Capítulo 3, Sección D, y acerca de los servicios que necesitan remisiones del médico en el Capítulo 4, Sección D.

**Servicios de rehabilitación:** Son los tratamientos que pueden ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una cirugía importante. Consulte el Capítulo 4, Sección D, para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

**Área de servicios:** Es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según el área donde viven las personas. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, por lo general, también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no tienen carácter de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicios pueden obtener Meridian.

**Centro de enfermería especializada (SNF):** Un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindarle atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

**Atención en un centro de enfermería especializada (SNF):** Es la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero titulado o un médico puede administrar.

**Médico especialista:** Un médico que proporciona atención de salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas.

**Agencia estatal de Medicaid:** Es el Departamento de Atención de Salud y Servicios Familiares de Illinois.

**Terapia escalonada:** una regla de cobertura que exige que usted primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

**Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI):** Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una incapacidad, son ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los de Seguro Social.

**Atención médica urgentemente necesaria:** Es la atención que usted recibe por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que requiere atención de inmediato. Puede obtener atención médica urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red porque, debido al tiempo, al lugar o a las

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando usted está fuera del área de servicios del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista pero que no es una emergencia médica).

## Servicios al Miembro de Meridian

<b>LLAME</b>	1-855-580-1689  Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.  Servicios al Miembro también dispone de servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711  Este número de teléfono requiere un equipo de teléfono especial y es solo para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.  Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles para ayudarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil.
<b>POR FAX</b>	1-833-415-2232.
<b>POR CORREO</b>	Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP)  1333 Burr Ridge Parkway, Suite 100  Burr Ridge, IL 60527
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://mmp.ILmeridian.com">mmp.ILmeridian.com</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a 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. Los fines de semana y los feriados estatales o nacionales, es posible que le pidan que deje un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [mmp.ILmeridian.com](http://mmp.ILmeridian.com).



\*\*\*Dejada en blanco intencionalmente\*\*\*

\*\*\*Dejada en blanco intencionalmente\*\*\*