



2024

Manual del miembro



Wellpoint STAR+PLUS MMP (Plan Medicare-Medicaid) *Manual del miembro*

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

Su cobertura médica y de medicamentos del Plan Medicare-Medicaid Wellpoint STAR+PLUS MMP

Introducción del *Manual del miembro*

Este manual contiene información sobre su cobertura de Wellpoint STAR+PLUS MMP hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios médicos, la cobertura de salud conductual, la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS). Los LTSS le ayudan a permanecer en casa en lugar de ir a un hogar de ancianos o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

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

El plan Wellpoint STAR+PLUS MMP es ofrecido por Wellpoint Texas, Inc. (Wellpoint). En este *Manual del miembro*, “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a Wellpoint Texas, Inc. (Wellpoint). Cuando se habla de “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a Wellpoint STAR+PLUS MMP.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-878-1784** (TTY: **711**), Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. local time. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, le ofrecemos servicios de asistencia de idiomas sin cargo. Llame al **1-855-878-1784** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al **1-855-878-1784** (TTY: **711**), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Puede obtener este documento gratis en otros idiomas y formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página. Cuando llame, indique si se trata de un pedido regular. Eso significa que cada año le enviaremos los mismos documentos en el formato y en el idioma que haya solicitado. También puede llamarnos para cambiar o cancelar un pedido permanente.

Además, puede encontrar los documentos en línea en www.wellpoint.com/tx/mmp.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Índice

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro	4
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	14
Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos	32
Capítulo 4: Cuadro de beneficios	57
Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.....	123
Capítulo 6: Lo que usted paga por medicamentos recetados de Medicare y Texas Medicaid	145
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos.....	157
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	163
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	183
Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan Medicare-Medicaid.....	236
Capítulo 11: Avisos legales	243
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	253

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Limitaciones de responsabilidad

- ❖ Wellpoint STAR+PLUS MMP (Plan Medicare-Medicaid) es un plan médico que tiene un contrato con Medicare y con Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ CarelonRx, Inc. es una empresa independiente que presta servicios de administración de beneficios de farmacia en nombre de su plan médico.
- ❖ La cobertura de Wellpoint STAR+PLUS MMP es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Wellpoint STAR+PLUS MMP, un plan médico que cubre todos los servicios de Medicare y Texas Medicaid, y sobre su membresía en él. También le explica qué esperar y qué otra información obtendrá de Wellpoint STAR+PLUS MMP. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Bienvenido a Wellpoint STAR+PLUS MMP	5
B. Información sobre Medicare y Texas Medicaid.....	5
B1. Medicare	5
B2. Texas Medicaid	5
C. Ventajas de este plan	6
D. Área de servicio de Wellpoint STAR+PLUS MMP	7
E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan.....	7
F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan médico	8
G. Su plan de cuidado.....	9
H. Prima mensual del plan Wellpoint STAR+PLUS MMP	9
I. El <i>Manual del miembro</i>	9
J. Otra información importante que le proporcionaremos.....	10
J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Wellpoint STAR+PLUS MMP	10
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	10
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	11
J4. <i>Explicación de beneficios</i>	12
K. Cómo puede mantener actualizado su registro de membresía.....	12
K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)	13

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

A. Bienvenido a Wellpoint STAR+PLUS MMP

Wellpoint STAR+PLUS MMP es un plan Medicare-Medicaid. Un plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), y otros proveedores. También tiene Coordinadores de servicios y equipos de coordinación de servicios para ayudarle a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle el cuidado que necesita.

Wellpoint STAR+PLUS MMP fue aprobado por el estado de Texas y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para proporcionarle servicios como parte del Proyecto de Demostración de atención integrada para personas doblemente elegibles de Texas (Texas Dual Eligibles Integrated Care Demonstration Project).

El Proyecto de Demostración de atención integrada para personas doblemente elegibles de Texas es un programa de demostración conjunto operado por Texas y el gobierno federal para proporcionar mejor cuidado médico a las personas que tienen tanto Medicare como Texas Medicaid. Mediante esta demostración, el estado y el gobierno federal quieren evaluar nuevas formas de mejorar la manera en la que usted recibe los servicios médicos de Medicare y Texas Medicaid.

Wellpoint presta servicios a los residentes de Texas desde 1996. Vivimos y trabajamos en su comunidad y entendemos sus necesidades únicas de cuidado médico. Estamos preparados para ofrecerle nuestra experiencia y ayudarle a aprovechar al máximo Wellpoint STAR+PLUS MMP.

B. Información sobre Medicare y Texas Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal destinado a:

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

B2. Texas Medicaid

Texas Medicaid es un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar LTSS y gastos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Cada estado tiene su propio programa de Medicaid y decide:

- qué cuenta como ingreso y recursos,
- quién califica,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo de los servicios.

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

Medicare y Texas deben aprobar Wellpoint STAR+PLUS MMP todos los años. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Texas Medicaid a través de nuestro plan, siempre y cuando:

- usted sea elegible para participar en el Proyecto de Demostración de atención integrada para personas doblemente elegibles de Texas;
- ofrezcamos el plan en su condado, **y**
- Medicare y el estado de Texas aprueben el plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para recibir servicios de Medicare y Texas Medicaid no cambiará.

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Texas Medicaid de Wellpoint STAR+PLUS MMP, incluidos los medicamentos recetados. **No deberá pagar ningún costo adicional para inscribirse en este plan médico.**

Wellpoint STAR+PLUS MMP le ayudará a que sus beneficios de Medicare y Texas Medicaid funcionen mejor en conjunto y pueda aprovecharlos mejor. Estas son algunas de las ventajas:

- Usted podrá trabajar con **un** plan médico para **todas** sus necesidades de seguro médico.
- Tendrá un equipo de coordinación de servicios que usted habrá ayudado a formar. Su equipo de coordinación de servicios puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están a su disposición para ayudarle a recibir la atención que usted necesita.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Usted tendrá un Coordinador de servicios. Es una persona que trabaja con usted, con Wellpoint STAR+PLUS MMP y con sus proveedores de cuidados médicos para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
- Podrá dirigir su propia atención con ayuda de su equipo de coordinación de servicios y el Coordinador de servicios.
- El equipo de coordinación de servicios y el Coordinador de servicios trabajarán con usted para elaborar un plan de cuidado diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de coordinación de servicios estará a cargo de la coordinación de los servicios que usted necesita. Esto significa que, por ejemplo:
 - Su equipo de coordinación de servicios se asegurará de que sus médicos conozcan los medicamentos que toma para reducir cualquier efecto secundario.
 - Su equipo de coordinación de servicios se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores.

D. Área de servicio de Wellpoint STAR+PLUS MMP

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Bexar, El Paso, Harris y Tarrant.

Solo las personas que viven en uno de estos condados en nuestra área de servicio pueden obtener Wellpoint STAR+PLUS MMP.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan.

Consulte el Capítulo 8 para obtener más información sobre qué sucede cuando se muda fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre que:

- tenga 21 años o más, **y**
- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aun cuando se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B, **y**
- sea ciudadano de los Estados Unidos o resida legalmente en los Estados Unidos, **y**
- sea elegible para Texas Medicaid y **al menos una** de las siguientes opciones:

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- tenga una discapacidad física o mental y califique para el Ingreso de seguridad suplementario (SSI), o
- califique para Texas Medicaid porque recibe servicios de exención de los Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCS); y
- NO esté inscrito en uno de los siguientes programas de la exención 1915(c):
 - Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)
 - Programa para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
 - Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCS)
 - Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL)

F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan médico

Cuando se inscriba por primera vez en el plan, se le realizará una evaluación de riesgos de la salud dentro de los primeros 90 días.

En la evaluación de riesgos de la salud, se analizan en mayor profundidad sus necesidades médicas y sociales, y sus capacidades. Obtendremos información de usted, sus proveedores y sus familiares/cuidadores cuando sea apropiado. Esta evaluación estará a cargo de profesionales de la salud calificados, como coordinadores de servicios clínicos o trabajadores de la salud comunitarios.

Si los resultados de su evaluación de riesgos de la salud indican que usted tiene necesidades médicas importantes, es posible que se le pidan otras evaluaciones para determinar si necesita atención adicional a través del programa de exención STAR+PLUS de Texas Medicaid.

Si Wellpoint STAR+PLUS MMP es nuevo para usted, puede seguir acudiendo a los médicos que visita ahora durante 90 días o hasta que se complete la nueva evaluación de riesgos de la salud.

Después de 90 días para la mayoría de los servicios, y de seis meses para servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), deberá acudir a médicos y a otros proveedores de la red de Wellpoint STAR+PLUS MMP. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo recibir cuidado médico.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

G. Su plan de cuidado

Su plan de cuidado es el plan que detalla los servicios de salud que recibirá y la manera en que los recibirá.

Después de su evaluación de riesgos de la salud, su equipo de coordinación de servicios se reunirá con usted para conversar acerca de qué servicios de salud necesita y desea. Juntos, usted y su equipo de coordinación de servicios elaborarán un plan de cuidado.

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

Su plan de cuidado se desarrolla con usted o su representante designado para ayudar a garantizar que se satisfagan sus necesidades en el entorno más apropiado. Su Coordinador de servicios continuará trabajando con usted a lo largo del año para ayudar a garantizar que usted esté avanzando hacia el logro de sus metas y recibiendo los servicios identificados en su plan de cuidado.

H. Prima mensual del plan Wellpoint STAR+PLUS MMP

Wellpoint STAR+PLUS MMP no tiene una prima mensual del plan.

I. El *Manual del miembro*

Este *Manual del miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar o cuestionar nuestras acciones. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede pedir un *Manual del miembro* llamando a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). También puede consultar el *Manual del miembro* en www.wellpoint.com/tx/mmp o descargarlo de este sitio web.

El contrato está vigente para los meses en los que esté inscrito en Wellpoint STAR+PLUS MMP entre el 1.º de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

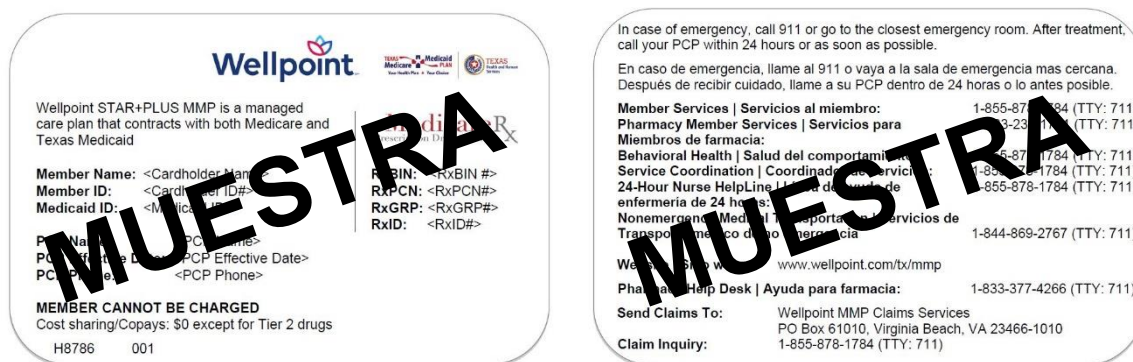


J. Otra información importante que le proporcionaremos

Ya debe haber recibido su tarjeta de identificación del miembro de Wellpoint STAR+PLUS MMP, la información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias*, y la información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación del miembro de Wellpoint STAR+PLUS MMP

En nuestro plan, tendrá una tarjeta para los servicios de Medicare y Texas Medicaid, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y las recetas. Debe mostrar esta tarjeta cuando recibe cualquier servicio o medicamento recetado. Esta es una tarjeta de muestra para que vea cómo será la suya:



Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) y le enviaremos una nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare ni su tarjeta de Medicaid de beneficios de Texas para recibir servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación del miembro de Wellpoint STAR+PLUS MMP, el proveedor podría facturarle a Medicare y no a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 para saber lo que debe hacer si recibe una factura de un proveedor. **La única excepción es que usará su tarjeta de Medicare Original si necesita cuidado para enfermos terminales.**

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores y las farmacias de la red de Wellpoint STAR+PLUS MMP. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Hay algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte la página 8).

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Para pedir un *Directorio de proveedores y farmacias* (en forma electrónica o impresa), llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Los *Directorios de proveedores y farmacias* en papel que solicite se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles. También puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.wellpoint.com/tx/mmp o descargarlo de este sitio web.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también incluye la dirección, el número de teléfono y el horario de atención del proveedor, y le indica si el proveedor acepta nuevos pacientes, si el lugar es accesible para personas con discapacidades y si el proveedor ha recibido capacitación de competencia cultural.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red incluyen:
 - Médicos, enfermeros y otros profesionales de cuidado médico a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - Agencias de cuidado médico en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros proveedores que ofrezcan los productos y servicios que recibe a través de Medicare o de Texas Medicaid.

Los proveedores de la red han aceptado el pago de nuestro plan para los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que han aceptado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Excepto en un caso de emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de la red si quiere que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) para obtener más información. Tanto Servicios para Miembros como el sitio web de Wellpoint STAR+PLUS MMP le pueden brindar la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Allí se indica qué medicamentos recetados están cubiertos por Wellpoint STAR+PLUS MMP.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



En la Lista de medicamentos, también se indica si hay alguna norma o restricción respecto de los medicamentos, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre estas normas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información acerca de cómo acceder a la Lista de medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la versión más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite www.wellpoint.com/tx/mmp o llame al **1-833-232-1711** (TTY: 711).

J4. Explicación de beneficios

Cuando utilice sus beneficios para medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe que le ayudará a entender y a hacer un seguimiento de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D. Este resumen se llama *Explicación de beneficios* (o EOB).

La EOB le informa el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que usted toma, como los aumentos de precios y otros medicamentos que podrían estar disponibles con costos compartidos más bajos. Puede hablar con el profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6, se proporciona más información sobre la EOB y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

La EOB también está a su disposición si usted la pide. Para recibir una copia, comuníquese con Servicios para Miembros.

K. Cómo puede mantener actualizado su registro de membresía

Para mantener actualizado su registro de membresía, infórmenos cualquier cambio en sus datos.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Ellos utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le cuestan.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica o de compensación para trabajadores

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Cualquier reclamación de responsabilidad, por ejemplo, reclamaciones por un accidente automovilístico
- Admisión en un hospital u hogar de ancianos
- Atención en una sala de emergencia o un hospital fuera del área o fuera de la red
- Cambios en quién es su cuidador (la persona responsable de usted)
- Si usted forma parte de un estudio de investigación clínica o ingresa en uno (NOTA: No es obligación informarle al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si algún dato cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información personal de salud (PHI). Las leyes requieren que mantengamos la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de proteger su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le proporciona información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre Wellpoint STAR+PLUS MMP y sus beneficios de cuidado médico. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su Coordinador de servicios y con otras personas que defienden sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Wellpoint STAR+PLUS MMP	16
A1. Cuándo comunicarse con Servicios para Miembros	16
B. Cómo comunicarse con su Coordinador de servicios	21
B1. Cuándo comunicarse con su Coordinador de servicios	22
C. Cómo comunicarse con la Línea de Llamadas de Consejos de Enfermería	23
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Llamadas de Consejos de Enfermería	23
D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual y Abuso de Sustancias	23
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual y Abuso de Sustancias	24
E. Cómo comunicarse con la Línea de servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) y la línea “¿Dónde está mi traslado?” (Where’s My Ride?)	24
E1. Cuándo comunicarse con la línea de servicios de NEMT	25
F. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)	25
F1. Cuándo comunicarse con el HICAP	26
G. Cómo comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)	26
G1. Cuándo comunicarse con TMF, Health Quality Institute	27

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

H. Cómo comunicarse con Medicare27

I. Cómo comunicarse con Texas Medicaid.....28

J. Cómo comunicarse con la Oficina del Defensor de la HHSC.....29

K. Cómo comunicarse con el Defensor de cuidado a largo plazo de Texas30

L. Otros recursos.....31

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

A. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de Wellpoint STAR+PLUS MMP

TELÉFONO	<p>1-855-878-1784 Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local</p> <p>Si necesita servicios de emergencia, llame al 911.</p> <p>Si llama un día feriado, sábado o domingo, puede dejar un mensaje de correo de voz. Devolveremos su llamada en el plazo de un (1) día hábil.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local</p>
CORREO	<p>Wellpoint STAR+PLUS MMP</p> <p>MMP Member Services</p> <p>5959 Corporate Drive</p> <p>Suite 1300</p> <p>Houston, TX 77036</p>
SITIO WEB	<p>www.wellpoint.com/tx/mmp</p>

A1. Cuándo comunicarse con Servicios para Miembros

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación del miembro
- decisiones de cobertura sobre su cuidado médico
 - Una decisión de cobertura sobre su cuidado médico es una decisión relacionada con:
 - sus beneficios y servicios cubiertos, **o**
 - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Llámenos si tiene preguntas acerca de una decisión de cobertura sobre su cuidado médico.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

Cómo comunicarse con nosotros si pide una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico

TELÉFONO	1-855-878-1784 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local
CORREO	MMP Clinical Department 5959 Corporate Drive Suite 1300 Houston, TX 77036

Cómo contactarse con nosotros si está pidiendo una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D

TELÉFONO	1-833-232-1711 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana
CORREO	Wellpoint Attention: Pharmacy Department PO Box 47686 San Antonio, TX 78265-8686

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja, un reclamo o una apelación (cuidado médico y medicamentos recetados)

TELÉFONO	<p>Para la Parte C (cuidado médico), llame al: 1-855-878-1784</p> <p>Para la Parte D (medicamentos recetados), llame al: 1-833-232-1711</p> <p>Estas llamadas son gratuitas.</p> <p>Para la Parte C (cuidado médico): De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local</p> <p>Para la Parte D (medicamentos recetados): Las 24 horas, los 7 días de la semana</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Para la Parte C (cuidado médico): De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local</p> <p>Para la Parte D (medicamentos recetados): Las 24 horas, los 7 días de la semana</p>
CORREO	<p>Wellpoint STAR+PLUS MMP Complaints, Appeals, and Grievances Mailstop: OH0205 A537 4361 Irwin Simpson Road Mason, OH 45040</p>
FAX	<p>Para la Parte C (cuidado médico): 1-888-458-1406</p> <p>Para la Parte D (medicamentos recetados): 1-888-458-1407</p>

- apelaciones sobre su cuidado médico
 - Una apelación es un método formal para solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre la cobertura y pedirnos que la cambiemos si piensa que cometimos un error.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- quejas sobre su cuidado médico
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. También puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió ante nosotros o ante la Organización para la Mejora de la Calidad (consulte la Sección G a continuación).
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura relacionada con su cuidado médico, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre Wellpoint STAR+PLUS MMP directamente a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con su cuidado médico, consulte el Capítulo 9.
- decisiones de cobertura sobre los medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre los medicamentos es una decisión relacionada con:
 - sus beneficios o medicamentos cubiertos, o
 - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D, a los medicamentos recetados de Medicaid y a los medicamentos de venta libre de Texas Medicaid.
 - Para obtener más información con respecto a las decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información con respecto a cómo presentar una apelación sobre los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Si su queja es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
- Puede enviar una queja sobre Wellpoint STAR+PLUS MMP directamente a Medicare. Puede completar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
- Para obtener más información con respecto a cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9.
- Pago del cuidado médico o los medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre apelaciones.

Dónde enviar una solicitud para que paguemos el costo del cuidado médico que ha recibido

TELÉFONO	<p>1-855-878-1784 Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, excepto los días feriados.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local</p>
CORREO	<p>Wellpoint STAR+PLUS MMP Claims Services</p> <p>PO Box 61010</p> <p>Virginia Beach, VA 23466-1010</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que ha recibido

TELÉFONO	<p>1-833-232-1711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas, los 7 días de la semana</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas, los 7 días de la semana</p>
CORREO	<p>CarelonRx</p> <p>ATTN: Claims Department - Part D Services</p> <p>PO Box 52077</p> <p>Phoenix, AZ 85072 2077</p>

B. Cómo comunicarse con su Coordinador de servicios

Al inscribirse, se le asignará un Coordinador de servicios que ayudará a organizar la atención para todas sus necesidades: necesidades médicas, sociales, de salud conductual y de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) basados en la comunidad o en un centro.

Si ya tiene un Coordinador de servicios (de Wellpoint STAR+PLUS, por ejemplo), puede solicitar que esa persona sea su Coordinador de servicios de Wellpoint STAR+PLUS MMP. Aprobaremos su solicitud siempre y cuando:

- Ese Coordinador de servicios también esté disponible en Wellpoint STAR+PLUS MMP
- Él o ella tenga tiempo, según su carga de casos actual

Si no elige un Coordinador de servicios, lo pondremos en contacto con uno. Elegiremos uno que tenga la experiencia y las calificaciones adecuadas para atender sus necesidades particulares. Usted tiene derecho a cambiar su Coordinador de servicios en cualquier momento.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



TELÉFONO	1-855-878-1784 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local
CORREO	Wellpoint STAR+PLUS MMP MMP Service Coordination 5959 Corporate Drive Suite 1300 Houston, TX 77036

B1. Cuándo comunicarse con su Coordinador de servicios

- preguntas sobre su cuidado médico
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

El estado y Wellpoint STAR+PLUS MMP determinan su elegibilidad para los servicios LTSS.

En ocasiones, puede recibir ayuda con las necesidades básicas y de cuidado médico diarias. Es posible que usted pueda recibir estos servicios:

- servicios de asistencia personal (PAS)
- servicios de actividades diarias y salud (DAHS)
- cuidado especializado de enfermería
- fisioterapia
- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios sociales médicos
- cuidado médico en el hogar

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

C. Cómo comunicarse con la Línea de Llamadas de Consejos de Enfermería

En ocasiones, usted tendrá inquietudes de salud durante la noche, los fines de semana o los días feriados. Lo entendemos. Sin importar el día o la hora, puede hablar con un enfermero registrado a través de nuestra Línea de Llamadas de Consejos de Enfermería.

TELÉFONO	1-855-878-1784 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas, los 7 días de la semana

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de Llamadas de Consejos de Enfermería

- preguntas sobre su cuidado médico

D. Cómo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual y Abuso de Sustancias

Wellpoint STAR+PLUS MMP cuenta con una línea gratuita de emergencias y crisis de salud conductual, atendida por personal capacitado las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año para ayudar a los miembros que tienen:

- ideas o planes suicidas u homicidas
- depresión y ansiedad graves
- síntomas graves de trastornos de abuso de sustancias
- síntomas graves de salud mental y/o la sensación de peligro para uno mismo o para los demás

Un representante de Administración de la Utilización (UMR) y, si fuera necesario, un profesional clínico certificado trabajarán con los miembros para evaluar el nivel de riesgo, intentar calmar la situación y realizar las recomendaciones y referencias pertinentes, lo que podría incluir solicitar servicios de emergencia.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



TELÉFONO	<p>1-855-878-1784 Esta llamada es gratuita.</p> <p>La línea telefónica cuenta con personal capacitado las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Si necesita servicios de emergencia, llame al 911.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas, los 7 días de la semana</p>

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de Crisis de Salud Conductual y Abuso de Sustancias

- preguntas sobre servicios de salud conductual
- preguntas sobre servicios de tratamiento para abuso de sustancias

E. Cómo comunicarse con la Línea de servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) y la línea “¿Dónde está mi traslado?” (Where’s My Ride?)

Los servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) proporcionan transporte hacia citas de cuidado médico que no son de emergencia para los miembros que no cuentan con otro transporte. Estos servicios incluyen traslados al médico, al dentista, a la farmacia, al hospital y a otros lugares donde recibe servicios de Medicaid. Los servicios de NEMT no incluyen los viajes en ambulancia.

Recuerde programar los viajes con la mayor anticipación posible, pero siempre **al menos dos días hábiles antes de que necesite el traslado.**

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

TELÉFONO	<p>Línea de servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT):</p> <p>1-844-869-2767 Esta llamada es gratuita.</p> <p>- Llame cuando necesite programar un traslado o si tiene preguntas relacionadas con su transporte. Recibimos llamadas las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Línea “¿Dónde está mi traslado?” (Where’s My Ride?):</p> <p>1-844-869-2767 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Recibimos llamadas las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>Línea de servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT):</p> <p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Llame cuando necesite programar un traslado o si tiene preguntas relacionadas con su transporte. Recibimos llamadas las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Línea “¿Dónde está mi traslado?” (Where’s My Ride?):</p> <p>711 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Recibimos llamadas las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>

E1. Cuándo comunicarse con la línea de servicios de NEMT

- preguntas y ayuda para programar traslados a citas de cuidado médico que no son de emergencia
- preguntas sobre el estado de un traslado que programó

F. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) ofrece consejería sobre el seguro de salud a personas con Medicare. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Consejería de la Información de Salud (HICAP) de Texas.

El HICAP no se relaciona con ninguna compañía de seguro ni plan médico.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



TELÉFONO	1-800-252-3439
TTY	1-800-735-2989 o 711
CORREO	Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) Texas Department of Insurance PO Box 12030 Austin, TX 78711-2030
SITIO WEB	www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/

F1. Cuándo comunicarse con el HICAP

- preguntas sobre su seguro médico de Medicare
 - Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a otro plan y ayudarle a:
 - entender sus derechos,
 - entender las opciones de planes,
 - presentar quejas sobre su tratamiento o cuidado médico, **y**
 - solucionar problemas relacionados con las facturas.

G. Cómo comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una Organización para la Mejora de la Salud (QIO) llamada TMF, Health Quality Institute. Es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. TMF, Health Quality Institute no tiene relación con nuestro plan.

TELÉFONO	1-800-725-9216
TTY	1-877-486-2048 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

CORREO	TMF Health Quality Institute 3107 Oak Creek Drive, Suite 200 Austin, TX 78727-3107
SITIO WEB	www.tmf.org/

G1. Cuándo comunicarse con TMF, Health Quality Institute

- preguntas sobre su cuidado médico
 - Puede presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad del cuidado médico,
 - cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto, o
 - considera que su cuidado médico en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.

H. Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS.

TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

SITIO WEB

www.medicare.gov

Este es el sitio web oficial de Medicare. Contiene información actualizada sobre Medicare. Además, proporciona información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado médico en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación con hospitalización y hospicios.

Contiene sitios web y números de teléfono útiles. También incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, la biblioteca local o el centro de atención para adultos mayores pueden ayudarle a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare al número que aparece más arriba para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.

I. Cómo comunicarse con Texas Medicaid

Texas Medicaid ayuda con los costos médicos y de servicios y apoyo a largo plazo a las personas con ingresos y recursos limitados. Según su elegibilidad, Texas Medicaid paga las primas de Medicare de determinadas personas, además de los deducibles, coseguros y copagos de Medicare. Texas Medicaid cubre servicios de cuidado a largo plazo, como servicios de “exención” basados en el hogar y la comunidad, servicios de vida asistida y atención de un hogar de ancianos a largo plazo.

Usted está inscrito en Medicare y en Texas Medicaid. Si tiene consultas sobre la ayuda que obtiene de Texas Medicaid, llame a Texas Medicaid.

Información general:

TELÉFONO	1-800-252-8263 o 2-1-1
TTY	1-800-735-2989 o 711
CORREO	Texas Health and Human Services PO Box 149024 Austin, TX 78714-9024
SITIO WEB	yourtexasbenefits.com/Learn/Home

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Información sobre elegibilidad o cobertura/servicios:

TELÉFONO	1-877-541-7905 o 2-1-1
TTY	1-800-735-2989 o 711
CORREO	Texas Health and Human Services PO Box 149024 Austin, TX 78714-9024
SITIO WEB	yourtexasbenefits.com/Learn/Home

J. Cómo comunicarse con la Oficina del Defensor de la HHSC

La Oficina del Defensor de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) defiende sus derechos. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarle a entender qué debe hacer. La Oficina del Defensor de la HHSC también ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid a resolver problemas de servicio o facturación. No tiene conexión con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguro o plan médico. La Oficina del Defensor de la HHSC es un programa independiente, y sus servicios son gratuitos.

TELÉFONO	1-866-566-8989
TTY	1-800-735-2989 Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número.
CORREO	Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H 700 PO Box 13247 Austin, TX 78711 3247
SITIO WEB	http://www.hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/office-ombudsman/hhs-ombudsman-managed-care-help

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

K. Cómo comunicarse con el Defensor de cuidado a largo plazo de Texas

El Defensor de cuidado a largo plazo de Texas es un programa que ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y otros entornos de cuidado a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estos entornos y los residentes o sus familias.

TELÉFONO	1-800-252-2412
TTY	1-800-735-2989 o 711
CORREO	Texas Long Term Care Ombudsman Program Texas Health and Human Services PO Box 149030 MC-W250 Austin, TX 78714 9030
CORREO ELECTRÓNICO	ltc.ombudsman@hhsc.state.tx.us
SITIO WEB	apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

L. Otros recursos

- **2-1-1 Texas**, un programa de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, tiene el compromiso de ayudar a los ciudadanos de Texas a conectarse con los servicios que necesitan.
 - Teléfono: 211 o 1-877-541-7905
 - Sitio web: www.211texas.org/
- **Abuso, negligencia o explotación:** El Departamento de Servicios para la Familia y de Protección y el Departamento de Salud y Servicios Humanos proporcionan asistencia a las personas que hayan sido víctimas de abuso, negligencia o explotación. Un informe puede incluir acusaciones contra hogares de ancianos, centros de vida asistida, centros de cuidados médicos intermedios, centros de vida con respaldo estatal, otra persona o agencias de cuidado médico en el hogar, de hospicio o de asistencia personal. Si cree que fue víctima de abuso, negligencia o explotación, puede llamar por teléfono o presentar un informe en línea.
 - Llamar al: 1-800-252-5400
 - Sitio web: www.txabusehotline.org

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Capítulo 3: Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene normas y términos específicos que usted debe conocer para recibir cuidado médico y otros servicios cubiertos de Wellpoint STAR+PLUS MMP. También proporciona información acerca de su Coordinador de servicios, cómo obtener atención médica de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le factura directamente por servicios cubiertos por nuestro plan y las normas para poseer equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Información acerca de los “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	35
B. Normas para recibir servicios de cuidado médico, servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan	35
C. Información sobre su Coordinador de servicios	37
C1. Qué es un Coordinador de servicios	37
C2. Cómo comunicarse con su Coordinador de servicios	37
C3. Cómo puede cambiar de Coordinador de servicios	38
C4. Qué puede hacer por usted un Coordinador de servicios	38
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red, proveedores fuera de la red y cómo cambiar de plan médico	38
D1. Atención de un proveedor de atención primaria	38
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	41
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan.....	41
D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	42
D5. Cómo cambiar de plan médico	43
E. Cómo recibir servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)	43

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

F. Cómo recibir servicios de salud conductual	44
G. Cómo recibir cuidado autodirigido	45
G1. Qué es el cuidado autodirigido	45
G2. Quién puede recibir cuidado autodirigido (por ejemplo, si se limita a las poblaciones con exención)	45
G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de cuidado personal (si corresponde)	45
H. Cómo obtener servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)	45
H1. Qué son los servicios de NEMT	45
H2. Qué servicios están incluidos	45
H3. Cómo programar los servicios de NEMT	46
I. Cómo obtener servicios cubiertos ante una emergencia médica, una necesidad de atención urgente o una situación de desastre	47
I1. Atención en caso de una emergencia médica	47
I2. Cuidado necesario de forma urgente	49
I3. Atención durante un desastre	50
J. Qué debe hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan	50
J1. Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	50
K. Cobertura de servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica	51
K1. Definición de estudio de investigación clínica	51
K2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	52
K3. Cómo obtener más información sobre los estudios de investigación clínica	52
L. Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted se encuentra en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud	52
L1. Definición de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud	52
L2. Cómo obtener atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud	53

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

M. Equipo médico duradero (DME)..... 53

M1. DME como miembro de nuestro plan..... 53

M2. Propiedad del DME cuando se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 54

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan 55

M4. Equipo de oxígeno si se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage 55

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

A. Información acerca de los “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Los servicios son cuidado médico, servicios y apoyo a largo plazo, suministros, salud conductual, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos incluyen todos los servicios que nuestro plan paga. El cuidado médico y los servicios y apoyo a largo plazo cubiertos aparecen en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Los proveedores son los médicos, los enfermeros y otras personas que proporcionan servicios y atención. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de cuidado médico en el hogar, clínicas y otros lugares que proporcionan servicios médicos, equipos médicos y servicios y apoyo a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan médico. Estos proveedores han aceptado nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente por el cuidado que le proporcionan a usted. Por lo general, cuando acude a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para recibir servicios de cuidado médico, servicios de salud conductual y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

Wellpoint STAR+PLUS MMP cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Texas Medicaid. Esto incluye servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) y servicios de salud conductual.

Wellpoint STAR+PLUS MMP generalmente pagará el cuidado médico y los servicios que usted recibe si respeta las normas del plan. Para estar cubierta por nuestro plan:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe figurar en el Cuadro de beneficios del plan. (El cuadro está en el Capítulo 4 de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Algunos de los servicios incluidos en el Cuadro de beneficios están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa” [PA]). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. En primer lugar, hay normas de Medicare. En segundo lugar, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que practican y estudian medicina.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

También debemos asegurarnos de que usted obtenga la atención más costo-efectiva. Esto significa que no sea más costosa que otra opción que funcionaría igual de bien. Pero también necesitamos que sea la adecuada para usted. Y que usted la reciba en el lugar correcto y la cantidad correcta de veces. Por último, no podemos aprobar un servicio solo porque es más conveniente que otra opción. Usted debe contar con nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no pertenecen a nuestro plan, a menos que se trate de atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, utilice la herramienta en línea Encontrar cuidado médico (Find Care) o llame a Servicios para Miembros. Si tiene una referencia o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención.

- Debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya solicitado el cuidado o indicado que vaya 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, nuestro plan debe darle su aprobación antes de consultar a otra persona que no sea su proveedor de atención primaria o de usar otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como **referencia**. Es posible que Wellpoint STAR+PLUS MMP no cubra los servicios si usted no obtiene la aprobación. No necesita una referencia para consultar a determinados especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre las referencias, consulte la página 37.
 - No necesita una referencia de su PCP para recibir atención de emergencia o cuidado necesario de forma urgente ni para consultar a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una referencia de su PCP. Para conocer más sobre el tema, consulte la página 38.
 - Para obtener más información sobre cómo elegir a un proveedor de atención primaria, consulte la página 37.
 - **Nota:** Durante los primeros 90 días en nuestro plan, puede seguir consultando a sus proveedores actuales sin costo si no forman parte de nuestra red. Durante los 90 días, nuestro Coordinador de servicios se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red. Pasados los 90 días, ya no cubriremos su atención si sigue usando proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir su atención de proveedores de la red.** En general, el plan no cubrirá la atención que proporcione un proveedor que no trabaje con el plan médico. A continuación, mencionamos algunos casos en los que esta norma no se aplica:

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- El plan cubre atención de emergencia o cuidado necesario de forma urgente de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y conocer el significado de atención de emergencia o cuidado necesario de forma urgente, consulte la Sección I en la página 47.
- Si necesita atención que nuestro plan cubre, pero nuestros proveedores de la red no le pueden proporcionar, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red. Si quiere saber cómo obtener una aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D en la página 38.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o el proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible durante un periodo breve. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se inscribe en el plan por primera vez, puede seguir consultando a los proveedores que usa ahora durante al menos 90 días.

C. Información sobre su Coordinador de servicios

C1. Qué es un Coordinador de servicios

El Coordinador de servicios de Wellpoint STAR+PLUS MMP se asegura de que todo su cuidado y sus servicios funcionen en conjunto. El Coordinador de servicios garantizará la integración de sus necesidades médicas y sociales, de salud conductual, de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) en centros médicos y en la comunidad, y por abuso de sustancias. El Coordinador de servicios coordinará estos servicios según lo especificado en su plan de cuidado personal.

C2. Cómo comunicarse con su Coordinador de servicios

Cuando se asigna o selecciona un Coordinador de servicios, Wellpoint STAR+PLUS MMP le proporciona la información de contacto del Coordinador. Servicios para Miembros también puede proporcionarle esta información en cualquier momento durante su participación en Wellpoint STAR+PLUS MMP.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

C3. Cómo puede cambiar de Coordinador de servicios

Usted puede cambiar su Coordinador de Servicios en cualquier momento, pero tendrá que elegir de una lista de Coordinadores de servicios de Wellpoint STAR+PLUS MMP. Si el Coordinador de servicios también está disponible en el plan Wellpoint STAR+PLUS MMP y la cantidad de casos que tiene asignados lo permite, Wellpoint STAR+PLUS MMP debe aceptar su solicitud. Para cambiar de Coordinador de servicios, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-855-878-1784** (TTY: **711**), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, excepto los días feriados.

C4. Qué puede hacer por usted un Coordinador de servicios

El estado nos envía información acerca de su salud y los servicios que ha estado recibiendo de Medicare y Texas Medicaid. Su Coordinador de servicios leerá esta información para saber más sobre usted. Así sabrá a qué proveedores debe llamar para asegurarse de que usted continúe recibiendo la atención adecuada. Le preguntaremos cuán útiles han sido sus servicios de Medicare y Texas Medicaid. Hablaremos con sus proveedores de Medicare y Texas Medicaid acerca del cuidado que usted ha estado recibiendo y, si está de acuerdo, hablaremos con sus médicos acerca de sus necesidades de cuidado médico.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red, proveedores fuera de la red y cómo cambiar de plan médico

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe elegir a un proveedor de atención primaria para que le proporcione y administre su atención.

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

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su médico principal y será responsable de proporcionar muchos de sus servicios preventivos y de atención primaria. Su PCP ayudará a crear su plan de cuidado personal y recomendará o pedirá muchos de los servicios que usted recibirá a través del plan médico.

Su PCP puede ser uno de los siguientes proveedores o, en determinadas circunstancias tales como un embarazo, un especialista:

- Medicina familiar
- Medicina interna
- Medicina general

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Ginecólogos obstetras
- Medicina geriátrica
- Pediatras
- Enfermero practicante certificado (CNP) y asistente médico (PA)
- Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC)/Clínica de salud rural (RHC)

Su elección de PCP

Puede elegir un proveedor de atención primaria de nuestra lista de proveedores que encontrará en línea en el directorio de proveedores (www.wellpoint.com/tx/mmp). Si necesita ayuda para seleccionar o cambiar su proveedor de atención primaria, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local.

Si su médico no está en nuestro directorio, no necesita hacer cambios durante 90 días. Durante ese tiempo, trabajaremos para incluir a su médico en nuestra red. Después del periodo de transición, puede seguir con su PCP si este pertenece a nuestra red.

Si no elige un PCP en 90 días, le asignaremos uno. Porque es importante encontrar el PCP adecuado, nos encargaremos de ver qué tan lejos está de su casa, cuáles son las necesidades de cuidado médico especial que usted tiene y qué idioma habla.

Opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento durante el año. Igualmente, es posible que su PCP deje de estar en la red de nuestro plan. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP si el que tiene ahora abandona nuestra red.

Si quiere cambiar de proveedor de atención primaria, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Las solicitudes de cambio que se hagan hasta el día 15 del mes estarán vigentes el primer día de ese mismo mes. Las solicitudes de cambio de PCP hechas el día 16 del mes o después se harán efectivas el primer día del mes siguiente. Recibirá una nueva tarjeta de identificación del miembro con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP por correo postal.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que puede obtener sin aprobación previa de su proveedor de atención primaria

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de usar otros proveedores. Esta aprobación se conoce como referencia. Puede recibir servicios como los que se incluyen en el listado a continuación sin necesidad de obtener una aprobación previa de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Cuidado necesario de forma urgente de proveedores de la red.
- Cuidado necesario de forma urgente de proveedores fuera de la red si no consigue un proveedor de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o necesita atención inmediata durante el fin de semana).

Nota: Los servicios deben necesitarse de inmediato y ser médicamente necesarios.

- Los servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a obtener el servicio de diálisis mientras no está en el área).
- Vacunas contra la influenza y el COVID-19, así como la vacunación contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Cuidado de salud de la mujer de rutina y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indígena, puede usar estos proveedores sin una referencia.
- Servicios de salud conductual de un proveedor de la red.
- Servicios para enfermedades de transmisión sexual (ETS), que incluyen prevención, pruebas de detección, consejería, diagnóstico y tratamiento de ETS/VIH.
- Oftalmólogo u optometrista terapéutico de la red que preste servicios de cuidado de los ojos, que no sean cirugía.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona cuidado médico para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Existen muchas clases de especialistas. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Oncólogos para pacientes con cáncer.
- Cardiólogos para pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas para pacientes con problemas en huesos, articulaciones o músculos.

Si necesita atención de un especialista u otro proveedor de la red, su PCP le dará una referencia al especialista u otro proveedor de la red. Su elección de PCP no limitará su elección de especialista u otro proveedor de la red.

Autorización previa (PA) significa que debe tener una aprobación del plan médico antes de ver a un especialista o recibir servicios o medicamentos específicos. Una persona con certificación clínica, como un médico o enfermero especializado, revisará las normas de cobertura para determinar la necesidad médica. Esta aprobación previa está basada en información que recibimos de su PCP y sus especialistas, su historial médico y/o la gravedad de su enfermedad. Su médico o proveedor de cuidados médicos es responsable de solicitar una aprobación previa antes de proporcionarle tratamientos o servicios que requieren PA. Consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para conocer qué servicios requieren PA.

D3. Qué hacer cuando un proveedor deja de participar en nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que lo atiende se retire de nuestro plan. Si uno de sus proveedores se retira de nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor se retirará de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual se retira de nuestro plan, se lo notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores se retira de nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a este proveedor, si actualmente recibe atención de dicho proveedor o si lo ha visitado en los últimos tres meses.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de cuidado médico.
- Si usted está bajo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a pedir, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento o la terapia médicamente necesarios que está recibiendo no sean interrumpidos.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado al que usted pueda tener acceso, debemos disponer de especialistas fuera de la red para su atención cuando no haya un proveedor dentro de la red o beneficio disponible o adecuado para cumplir con sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si cree que no reemplazamos a su proveedor anterior con un proveedor calificado, o que su cuidado no se maneja de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si se entera de que su proveedor se retirará del plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local.

D4. Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención que nuestro plan cubre, pero nuestros proveedores de la red no le pueden proporcionar, puede obtener permiso de Wellpoint STAR+PLUS MMP para recibirla de un proveedor fuera de la red. De ser así, cubriremos la atención como si la hubiese recibido de un proveedor de la red, y sin costo para usted. Para pedir aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, usted o su representante pueden llamar a su Coordinador de servicios. Si su Coordinador de servicios no está disponible, puede llamar a Servicios para Miembros.

Recuerde que cuando se inscribe por primera vez en el plan, durante el periodo de transición, puede continuar recibiendo atención de los proveedores que consulta en la actualidad. En la mayoría de los casos, el periodo de transición durará 90 días o hasta que se apruebe definitivamente y se implemente su plan de cuidado personal, lo que sea posterior. Durante el periodo de transición, nuestro Coordinador de servicios se comunicará con usted para ayudarle a encontrar y cambiar a proveedores que pertenezcan a nuestra red. Después del periodo de transición, ya no pagaremos su atención si continúa visitando a proveedores fuera de la red, a menos que Wellpoint STAR+PLUS MMP lo autorice a seguir usando al proveedor fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Si acude a un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare y/o Texas Medicaid.

- No podemos pagar a proveedores que no sean elegibles para participar en Medicare y/o Texas Medicaid.
- Si va a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben indicarle si son elegibles para participar en Medicare.

D5. Cómo cambiar de plan médico

Usted puede cambiar de plan médico. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección A. También puede usar estos recursos si necesita ayuda:

- Llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al 1-800-735-2989.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) basados en la comunidad son una variedad de servicios médicos o sociales, de habilitación, de rehabilitación o de cuidado médico en el hogar que una persona necesita durante meses o años para mejorar o mantener sus capacidades funcionales o su salud. Estos servicios son proporcionados en el hogar de una persona o en un entorno comunitario como un centro de vida asistida. Los LTSS basados en centros son servicios prestados en un centro de enfermería u otro entorno de cuidado residencial a largo plazo.

Como miembro de Wellpoint STAR+PLUS MMP, se le realizará una evaluación integral de sus necesidades, incluida su necesidad de LTSS basados en la comunidad o en centros.

Todas las necesidades identificadas en su evaluación se abordarán en el plan de cuidado personal. Su plan de cuidado personal delinearé qué LTSS recibirá, de quién y con qué frecuencia.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Si tenía un plan de servicios preexistente antes de su inscripción en Wellpoint STAR+PLUS MMP, seguirá recibiendo los LTSS basados en la comunidad o en centros que incluía su plan anterior. Se respetará el plan de servicios preexistente durante 90 días para servicios médicos y de rehabilitación; durante 180 días para habilitación, servicios sociales y servicios de apoyo a largo plazo; o bien, hasta que se complete e implemente su plan de cuidado personal, lo que ocurra más tarde.

Si tiene preguntas acerca de los LTSS, comuníquese con Servicios para Miembros o con su Coordinador de servicios.

El Departamento de Servicios para la Familia y de Protección y el Departamento de Salud y Servicios Humanos brindan asistencia a las personas que hayan sido víctimas de abuso, negligencia o explotación. Un informe puede incluir acusaciones contra hogares de ancianos, centros de vida asistida, centros de cuidados médicos intermedios, centros de vida con respaldo estatal, otra persona o agencias de cuidado médico en el hogar, de hospicio o de asistencia personal. Si cree que fue víctima de abuso, negligencia o explotación, puede llamar por teléfono o presentar un informe en línea.

- Llamar al: 1-800-242-5400
- Sitio web: www.txabusehotline.org

F. Cómo recibir servicios de salud conductual

Los servicios de salud conductual son una variedad de servicios que pueden apoyar las necesidades de salud mental y por abuso de sustancias que usted pueda tener. Este apoyo puede incluir apoyo emocional, social, educativo, vocacional, de pares y servicios de recuperación, además de servicios psiquiátricos o médicos más tradicionales.

Como miembro de Wellpoint STAR+PLUS MMP, se le realizará una evaluación integral de riesgos de la salud para conocer sus necesidades, incluida la necesidad de servicios de salud conductual. Todas las necesidades identificadas en su evaluación se abordarán en el plan de cuidado personal. Su plan de cuidado personal delinearé qué servicios de salud conductual recibirá, de quién y con qué frecuencia.

Si, en el momento de su inscripción en Wellpoint STAR+PLUS MMP, usted recibe servicios de un proveedor de salud conductual, es posible que pueda seguir recibiendo servicios de este proveedor hasta completar el tratamiento, pero no durante más de dos años. Esto es así incluso si el proveedor no participa en la red de Wellpoint STAR+PLUS MMP.

Si tiene preguntas acerca de los servicios de salud conductual, comuníquese con Servicios para Miembros o con su Coordinador de servicios.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



G. Cómo recibir cuidado autodirigido

G1. Qué es el cuidado autodirigido

El cuidado autodirigido, también conocido como autodirección o servicios dirigidos por el consumidor, significa que usted puede contratar, despedir y supervisar a sus propios proveedores de servicios. En este programa, usted puede autodirigir su cuidado de relevo, los servicios de asistencia personal, la habilitación, los servicios de enfermería y las terapias.

G2. Quién puede recibir cuidado autodirigido (por ejemplo, si se limita a las poblaciones con exención)

Durante su primera evaluación de salud, su Coordinador de servicios le ayudará a decidir si esta es la opción correcta para usted. Si elige autodirigir su cuidado, le ayudaremos a entender sus responsabilidades.

G3. Cómo obtener ayuda para emplear a proveedores de cuidado personal (si corresponde)

Si elige una opción de cuidado autodirigido, usted seleccionará la Agencia de Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDSA) para que le ayude con su nómina y actúe como su agente para pagar impuestos federales y estatales. También le ayudarán con un presupuesto y lo asesorarán con respecto a la contratación de personal, los salarios, los beneficios y los costos administrativos.

H. Cómo obtener servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)

H1. Qué son los servicios de NEMT

Los servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) ofrecen traslados a citas de cuidado médico que no son de emergencia si usted no tiene otra opción de transporte.

- En estos viajes se incluyen traslados al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares donde recibe servicios médicos.
- **No** se incluyen los viajes en ambulancia dentro de estos traslados.

H2. Qué servicios están incluidos

Los servicios de NEMT incluyen:

- Pases o pasajes de transporte, por ejemplo, para el transporte público dentro de una ciudad o estado y entre distintas ciudades o estados (incluidos trenes y autobuses).

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Servicios de transporte en aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte de respuesta por encargo (puerta a puerta) en autobús, camioneta o sedán privados (incluidos vehículos accesibles para silla de ruedas si se necesitan).
- Reembolso de millas para un participante de transporte individual (ITP) por traslados verificados que se hayan realizado para recibir un servicio cubierto de cuidado médico. El ITP puede ser usted, un tercero responsable, un miembro de la familia, un amigo o un vecino.
- Los costos de transporte de su asistente de NEMT si necesita que viaje a la cita con usted. Por “asistente de NEMT” se entiende:
 - Un adulto que le proporcione asistencia personal, con la movilidad o con el idioma durante el transporte. (Por ejemplo, puede ser un adulto que haga las veces de su asistente personal).
 - Un animal de servicio que le proporcione asistencia personal o con la movilidad necesarias durante el transporte y que ocupe un asiento que, de otro modo, ocuparía otra persona.
 - Un adulto que viaje con usted porque un proveedor de cuidados médicos indicó por escrito que usted necesita un asistente.

H3. Cómo programar los servicios de NEMT

Llame a nuestra línea gratuita de servicios de NEMT si no tiene transporte para llegar hasta los servicios cubiertos de cuidado de salud. Estos servicios incluyen traslados al médico, al dentista, a la farmacia, al hospital y a otros lugares donde recibe servicios de Medicaid. Los servicios de NEMT no incluyen los viajes en ambulancia.

Para programar un traslado, llame al 1-844-869-2767, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, excepto los días feriados aprobados por el estado. Si no habla inglés, podemos proporcionarle asistencia en muchos otros idiomas, incluido el español. Los miembros sordos o con problemas de audición deben llamar al 711.

Mientras espera nuestro transporte, ya sea para ir o regresar en un viaje programado, puede llamar a la línea de servicios de NEMT. Elija la opción “**¿Dónde está mi traslado?**” (**Where’s My Ride?**) para conocer el estado de su viaje. Puede llamar de lunes a sábado de 5 a.m. a 7 p.m. hora local, o en cualquier momento si está esperando un traslado programado.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Recuerde programar los viajes con la mayor anticipación posible, pero siempre **al menos dos días hábiles antes de que necesite el traslado**. Es posible que pueda programar algunos traslados con menos anticipación, por ejemplo, en estos casos:

- Traslados luego del alta de un hospital.
- Traslados a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados.
- Traslados por condiciones urgentes. (Por “condición urgente” se entiende aquella condición médica que no es una emergencia, pero que su gravedad o la intensidad del dolor requieren tratamiento dentro de las 24 horas).

Programa los traslados de larga distancia con al menos cinco días de anticipación.

Si tiene un viaje programado, y la cita de cuidado médico se cancela **antes** del traslado, llame de inmediato al 1-844-869-2767 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local.

I. Cómo obtener servicios cubiertos ante una emergencia médica, una necesidad de atención urgente o una situación de desastre

II. Atención en caso de una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor intenso o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica de inmediato, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que se genere:

- un riesgo importante para su salud o la de su hijo por nacer; **o**
- un daño grave en las funciones corporales; **o**
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - no haya suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - el traslado a otro hospital puede poner en riesgo su salud o seguridad, o las de su hijo por nacer.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencia o el hospital más cercanos. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. **No** es necesario que primero obtenga la aprobación o una referencia del PCP. No hace falta que el proveedor sea de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite en cualquier lugar dentro de los EE. UU. o sus territorios [o en todo el mundo] de cualquier proveedor que tenga una certificación apropiada del estado.
- **Comunique su emergencia a Wellpoint STAR+PLUS MMP lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted o su representante autorizado deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia; por lo general, dentro de las 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se demora en avisarnos. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Puede recibir atención de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencia, nuestro plan lo cubre. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

El proveedor que le brinda atención de emergencia decide cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado. Seguirá brindándole tratamiento y se contactará con nosotros para planificar el cuidado de seguimiento si lo necesita para mejorarse.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le proporcionen la atención de emergencia. Estos médicos nos informarán cuando concluya su emergencia médica. Nuestro plan cubre su cuidado de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención lo más pronto posible.

Definición de posterior a la estabilización

Los servicios de cuidados posteriores a la estabilización son servicios que mantienen su condición estable después de recibir atención médica de emergencia.

Una vez que finaliza la emergencia, es posible que necesite recibir cuidado de seguimiento para garantizar que se mejore. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención lo más pronto posible.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Qué debe hacer si tiene una emergencia de salud conductual

Marque **1-855-878-1784** (TTY: **711**) y presione la opción 9 para obtener servicios de emergencia de salud conductual, las 24 horas, los 7 días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.

Recibir atención de emergencia cuando no se trata de una emergencia

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que usted solicite atención de emergencia, pero el médico le diga que no era realmente una emergencia. Siempre y cuando usted, razonablemente, crea que su salud estuvo en grave peligro, cubriremos su atención.

No obstante, si el médico sostiene que no se trató de una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si:

- usted usa un proveedor de la red, **o**
- el cuidado adicional que recibe se considera “cuidado necesario de forma urgente” y usted sigue las normas para obtener este cuidado. (Consulte la sección a continuación).

I2. Cuidado necesario de forma urgente

Definición de cuidado necesario de forma urgente

Por “cuidado necesario de forma urgente” se entiende el cuidado que usted recibe en una situación que no es de emergencia, pero que requiere que se le proporcione cuidado de inmediato. Por ejemplo, es posible que durante el fin de semana tenga una exacerbación de una condición existente o un dolor de garganta intenso y necesite recibir tratamiento.

Cuidado necesario de forma urgente cuando se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de los casos, cubriremos el cuidado necesario de forma urgente solo si:

- recibe la atención de un proveedor de la red, **y**
- sigue las otras normas que se describen en este capítulo.

Sin embargo, si no es posible o razonable que usted acuda a un proveedor de la red, cubriremos el cuidado necesario de forma urgente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para encontrar un centro de atención de urgencia:

- Consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* en línea, en www.wellpoint.com/tx/mmp.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local.

Cuidado necesario de forma urgente cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan

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

I3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aun así tiene derecho a recibir la atención de Wellpoint STAR+PLUS MMP.

Visite nuestro sitio web para obtener información y saber cómo recibir la atención que necesita cuando se declara una situación de desastre: www.wellpoint.com/tx/mmp.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

J. Qué debe hacer si le facturan directamente servicios cubiertos por nuestro plan

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

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda devolverle el dinero.

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

J1. Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Wellpoint STAR+PLUS MMP cubre todos los servicios que:

- son médicamente necesarios, **y**
- figuran en el Cuadro de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4), **y**
- usted obtiene siguiendo las normas del plan.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



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

Si desea saber si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9, se explica lo que tiene que hacer si quiere que el plan cubra un artículo o servicio médico. También le dice cómo apelar la decisión de cobertura del plan. Además, puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta un cierto límite. Si pasa ese límite, deberá pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites y cuánto le falta para alcanzarlos.

K. Cobertura de servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también conocido como ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de medicamentos o de cuidado médico. En los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, por lo general, se solicita la participación de voluntarios.

Una vez que Medicare apruebe un estudio en el que usted quiera participar, y haya manifestado su interés, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Esta persona le dará información sobre el estudio y averiguará si usted califica para ingresar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con las condiciones requeridas. También debe entender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras participa en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, puede continuar recibiendo atención de nuestro plan que no esté relacionada con el estudio.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no hace falta que nos lo informe ni que obtenga nuestra aprobación o la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le proporcionan atención como parte del estudio no necesitan ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los cuales nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un registro o ensayo clínico para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones sobre la cobertura nacional (NCD) y ensayos de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Le recomendamos que nos informe antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica. Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, usted o su Coordinador de servicios deben comunicarse con Servicios para Miembros e informarnos que usted participará en un ensayo clínico.

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

Si participa de manera voluntaria en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no pagará nada por los servicios cubiertos del estudio, y Medicare pagará los servicios cubiertos del estudio además de los costos de rutina asociados a su atención. Cuando ingresa a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio están cubiertos. Esto incluye:

- Habitación y comida para una hospitalización que Medicare pagaría de todos modos.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Si ingresa a un estudio que Medicare **no haya aprobado**, deberá pagar los costos que implique la participación en el estudio.

K3. Cómo obtener más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede leer el manual “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. Cómo se cubren los servicios médicos cuando usted se encuentra en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud

L1. Definición de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica de cuidado de la salud es un establecimiento que ofrece atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de sus creencias religiosas, cubriremos la atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud.

Este beneficio es únicamente para los servicios de Medicare Parte A para pacientes hospitalizados (servicios de cuidado de salud no médicos).

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



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

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud debe firmar un documento legal donde se indique que se opone a recibir tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- Tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier cuidado que sea voluntario y no sea requerido por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” corresponde a la atención que no se considera voluntaria y que es obligatoria según la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes al cuidado hospitalario para pacientes internados o la atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de su admisión en el centro; de lo contrario, no se cubrirá su estadía.
 - Se aplican limitaciones a la cobertura; consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como miembro de nuestro plan

El DME incluye ciertos artículos solicitados por un proveedor, por ejemplo, una silla de ruedas, muletas, un sistema de colchón motorizado, suministros para la diabetes, una cama de hospital que el proveedor solicite para usar en casa, una bomba de infusión intravenosa (IV), un dispositivo generador de voz, equipos y suministros de oxígeno, un nebulizador y un andador.

Siempre será propietario de ciertos artículos, como los dispositivos protésicos.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

En esta sección, hablamos de los DME que debe alquilar. Como miembro de Wellpoint STAR+PLUS MMP, por lo general, no obtendrá la propiedad del DME, independientemente del tiempo que lo tenga alquilado.

En algunos casos limitados le transferiremos a usted la propiedad de un artículo de DME. Llame a Servicios para Miembros para averiguar los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar.

El equipo médico duradero no será de su propiedad ni siquiera cuando lo haya obtenido a través de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan y usado durante 12 meses consecutivos.

Nuestro plan pagará algunos equipos médicos duraderos (DME) y productos que se encuentran normalmente en una farmacia. Wellpoint STAR+PLUS MMP paga los nebulizadores, los suministros de ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Llame a Servicios para Miembros si quiere obtener más información sobre estos beneficios.

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

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME obtienen la propiedad del equipo después de los 13 meses. En un plan Medicare Advantage, se establece la cantidad de meses que se deben alquilar determinados tipos de DME antes de que las personas puedan tener la propiedad de esos equipos.

Nota: Puede encontrar las definiciones de Medicare Original y Planes Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información al respecto en el manual *Medicare y Usted 2024*. Si no tiene una copia del folleto, puede encontrarlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/) o llamar y solicitarlo al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Deberá realizar 13 pagos consecutivos en Medicare Original o la cantidad de pagos consecutivos que establezca el plan Medicare Advantage para obtener la propiedad de un artículo de DME si:

- no se convirtió en propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, y
- se retira de nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare por fuera de los planes médicos del programa Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Si realizó pagos para artículos de DME en Medicare Original o en un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o del plan Medicare Advantage no se tienen en cuenta para calcular los pagos que debe hacer después de retirarse de nuestro plan.**

- Deberá realizar otros 13 pagos consecutivos en Medicare Original o la cantidad de pagos consecutivos que establezca el plan Medicare Advantage para obtener la propiedad del artículo de DME.
- No hay excepciones a esta regla cuando usted regresa a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage.

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

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

- alquiler del equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para la entrega del oxígeno y los contenidos del oxígeno
- mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Deberá devolver el equipo de oxígeno cuando deje de ser médicamente necesario, o si usted se retira de nuestro plan.

M4. Equipo de oxígeno si se cambia a Medicare Original o a Medicare Advantage

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted se retira de nuestro plan para cambiarse a Medicare Original**, deberá alquilárselo a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios que se indicaron anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**:

- su proveedor deberá proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- su proveedor deberá proporcionarle el equipo de oxígeno y los suministros por hasta 5 años, si son médicamente necesarios.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

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

- su proveedor ya no tiene la obligación de proporcionárselo y usted podrá elegir recibir un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- comienza un nuevo periodo de 5 años.
- usted se lo alquilará a un proveedor por 36 meses.
- su proveedor tiene la obligación de proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- un nuevo ciclo comienza cada 5 años siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted se retira de nuestro plan para cambiarse a un plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Puede consultar en su plan Medicare Advantage qué equipos y suministros de oxígeno se cubren y cuál es el costo.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Introducción

En este capítulo se describen los servicios que cubre Wellpoint STAR+PLUS MMP y las restricciones o limitaciones que tienen dichos servicios. También incluye información 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. Sus servicios cubiertos	58
A1. Durante emergencias de salud pública.....	58
B. Normas para evitar que los proveedores le cobren los servicios	58
C. Cuadro de beneficios de nuestro plan	58
D. Cuadro de beneficios.....	60
E. Nuestros servicios basados en el hogar y la comunidad	103
F. Beneficios cubiertos fuera de Wellpoint STAR+PLUS MMP	120
F1. Cuidado para enfermos terminales.....	120
F2. Evaluación de preadmisión y revisión del residente (PASRR).....	121
G. Beneficios no cubiertos por Wellpoint STAR+PLUS MMP, Medicare ni Texas Medicaid	121

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo se indican los servicios que paga Wellpoint STAR+PLUS MMP. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. En este capítulo se explican además los límites para algunos servicios.

Ya que usted recibe asistencia de Texas Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener información detallada de las normas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su Coordinador de servicios y/o a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).

A1. Durante emergencias de salud pública

Si vive en una zona donde se declaró una emergencia de salud pública, es posible que el plan ofrezca beneficios cubiertos adicionales. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información, por ejemplo, sobre los beneficios que estarán disponibles durante la emergencia de salud pública.

B. Normas para evitar que los proveedores le cobren los servicios

No permitimos que los proveedores de Wellpoint STAR+PLUS MMP le facturen a usted los servicios cubiertos. Les pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos contra cualquier cobro. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si ese es el caso, consulte el Capítulo 7 o llame a Servicios para Miembros.

C. Cuadro de beneficios de nuestro plan

En el Cuadro de beneficios de la Sección D, se indican los servicios que paga el plan. Se indican las categorías de servicios en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos.

Pagaremos los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas. Usted no paga ninguno de los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Texas Medicaid deben proporcionarse según las normas establecidas por Medicare y Texas Medicaid.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Los servicios (incluidos el cuidado médico, los servicios, suministros, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Por “médicamente necesario” se entiende que los servicios se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o bien para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que usted vaya a un hospital o a un hogar de ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. En primer lugar, hay normas de Medicare. En segundo lugar, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que practican y estudian medicina. También debemos asegurarnos de que usted reciba el cuidado más económico. Esto significa que no sea más costosa que otra opción que funcionaría igual de bien. Pero también necesitamos que sea la adecuada para usted. Y que usted la reciba en el lugar correcto y la cantidad correcta de veces. Por último, no podemos aprobar un servicio solo porque es más conveniente que otra opción. Usted debe contar con nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no pertenecen a nuestro plan, a menos que se trate de atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, utilice la herramienta en línea Encontrar cuidado médico (Find Care) o llame a Servicios para Miembros. Si tiene una referencia o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. En la mayoría de los casos, el plan no pagará el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 contiene más información sobre el uso de proveedores de la red y fuera de la red.
- Primero debe consultar a su proveedor de atención primaria para la mayoría de sus necesidades de cuidado médico comunes. Su PCP, junto con su Coordinador de servicios, puede ayudar a planear y programar sus servicios cubiertos. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, servicios de salud en el hogar, terapias, cuidado de especialistas, admisiones en un hospital y cuidado de seguimiento. Su PCP también se comunica con otros proveedores del plan para estar al corriente de su atención y/o sus tratamientos.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de coordinación de servicios que le proporciona atención y la supervisa. En la mayoría de los casos, el PCP deberá darle su aprobación antes de que pueda consultar a otra persona que no sea su PCP o a otro proveedor dentro de la red del plan. Esto se conoce como referencia. El Capítulo 3 contiene más información acerca de cómo obtener una referencia y detalla cuándo no necesita una referencia.


Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Algunos de los servicios mencionados en el Cuadro de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación primero. Esto se denomina autorización previa (PA). Los servicios cubiertos que requieren PA se marcan en el Cuadro de beneficios con una nota en negrita.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.

D. Cuadro de beneficios

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>El plan pagará una única prueba de ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermero especializado o enfermero clínico especializado.</p>	\$0
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p> <p>El plan pagará un máximo de 12 consultas en 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, el cual se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dolor que dura 12 semanas o más; • no es específico (no se puede identificar una causa sistémica; por ejemplo, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está relacionado con una cirugía; y • no está relacionado con un embarazo. <p>El plan pagará 8 sesiones adicionales si usted presenta una mejora. No podrá recibir más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura se deberán interrumpir si su estado no mejora o si empeora.</p> <p>Como un beneficio flexible, el plan también cubre hasta seis (6) visitas de acupuntura por año.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.




Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de detección y consejería para el abuso del alcohol</p> <p>El plan pagará una evaluación sobre abuso de alcohol para adultos que abusen del alcohol, pero que no sean dependientes del alcohol. Esto incluye mujeres embarazadas.</p> <p>Si la prueba de detección de abuso del alcohol da positiva, puede recibir por año hasta cuatro pruebas de detección y sesiones cortas de consejería cara a cara combinadas (siempre que durante las sesiones esté alerta y sea capaz) con un proveedor de atención primaria calificado u otro profesional en un entorno de atención primaria.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Cuidado de Alzheimer</p> <p>Ofrecemos un álbum de fotos de recuerdo para miembros que tienen pérdida de memoria para alentar la retención de memoria. Los álbumes de fotos pueden ayudar a estimular los recuerdos en los miembros que sufren Alzheimer y otros tipos de demencia.</p> <p>Un álbum de fotos de por vida. Debe tener diagnóstico de enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia. Hable con su Coordinador de servicios para obtener más información.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.





Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija o de ala rotatoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda proporcionarle atención.</p> <p>Su condición debe ser tan grave que otras formas de llegar a un lugar de atención pondrían en riesgo su vida o salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan.</p> <p>En casos que no son de emergencia, el plan puede pagar una ambulancia. Su condición debe ser tan grave que otras formas de llegar a un lugar de atención pondrían en riesgo su vida o salud.</p> <p>Es posible que se requiera PA para los servicios de ambulancia que no son de emergencia.</p>	<p>\$0</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha estado en Medicare Parte B por más de 12 meses, puede hacerse un chequeo anual. Esto es para crear o actualizar un plan de prevención según sus factores de riesgo actuales. El plan pagará por esto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Usted no puede tener su primer chequeo anual dentro de los 12 meses posteriores a su Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Los chequeos anuales estarán cubiertos después de que haya tenido la Parte B por 12 meses. No es necesario que realice primero una visita de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.





Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de salud conductual</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • administración de casos dirigida de salud mental • servicios de rehabilitación de salud mental <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p> Examen de densitometría ósea</p> <p>El plan pagará ciertos procedimientos para miembros que califiquen (generalmente, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o descubren la calidad ósea.</p> <p>El plan pagará los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia en caso de que sean médicamente necesarios. El plan también le pagará a un médico para que analice y haga observaciones sobre los resultados.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de cáncer de mamas (mamografías)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.





Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>El plan pagará servicios de rehabilitación cardíaca como ejercicios, educación y consejería. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones con la referencia de un médico.</p> <p>El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Además del servicio cubierto, el plan ofrece hasta 12 visitas adicionales por año.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p> Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>El plan paga una visita por año con su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de que desarrolle una enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hablar sobre el uso de la aspirina, • controlar su presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien. 	\$0
<p> Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>El plan paga análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan si hay defectos debido al alto riesgo de padecer enfermedades cardíacas.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.




Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para mujeres que corren alto riesgo de padecer cáncer vaginal o de cuello uterino: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para mujeres que han obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y están en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	\$0
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ajustes de la columna vertebral para lograr la alineación <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
 <p>Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y se cubre cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección o enema opaco previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes con alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema opaco. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Análisis de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema opaco como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses después de la última prueba de detección de enema opaco o de la última colonoscopia de detección. • Enema opaco como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después de la última prueba de detección de enema opaco o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. 	
<p> Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará dos intentos para dejar de fumar con consejería en un periodo de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento con consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.





Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco (continuación)</p> <p>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará dos intentos de dejar de fumar con consejería en un periodo de 12 meses. Cada intento con consejería incluye hasta cuatro visitas cara a cara. <p>El plan también ofrece consejería para dejar de fumar a embarazadas.</p>	
<p>Servicios de actividades diarias y salud (DAHS)</p> <p>Servicios diurnos para los inscritos que residen en la comunidad a fin de ofrecer una alternativa a la colocación en hogares de ancianos u otras instituciones.</p> <p>Los servicios pueden incluir, entre otros, cuidado personal y de enfermería, comidas al mediodía y refrigerios, transporte y actividades sociales, educativas y recreativas sin costo para el inscrito.</p> <p>Si usted es miembro de servicios de exención, consulte la sección “Servicios basados en la comunidad” más adelante en este capítulo.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Servicios dentales</p> <p>Wellpoint STAR+PLUS MMP pagará los siguientes servicios:</p> <p><i>Servicios dentales preventivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral, 1 cada seis meses • Limpieza, 1 cada seis meses • Radiografía dental, 1 set por año <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.




Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p><i>Servicios dentales integrales</i></p> <p>Los beneficios dentales adicionales incluyen servicios dentales con un límite de \$400 por trimestre calendario. La asignación trimestral no utilizada se transfiere al siguiente trimestre, pero no se transfiere al año siguiente. El beneficio se restablece el 31 de diciembre de cada año.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa para servicios de diagnóstico, restauración, endodoncia, periodoncia, extracción y para los que no son de rutina.</p>	
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>El plan pagará una prueba de detección de depresión cada año. Debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y referencias.</p>	\$0
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>El plan pagará esta prueba de detección (incluye prueba de glucemia en ayunas) en caso de que tenga cualquiera de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión) • historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • historial de nivel alto de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Entrenamiento de autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (ya sea que utilice insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear la glucosa en sangre, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ○ un monitor de glucosa en sangre ○ tiras reactivas para medir la glucosa en sangre ○ dispositivos de punción y lancetas ○ soluciones para el control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores • Para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave, el plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas) y dos pares de plantillas adicionales por cada año calendario, o ○ un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas por año (que se proporcionan con esos zapatos) <p>El plan también pagará el ajuste de los zapatos terapéuticos hechos a medida o los zapatos profundos.</p> <p>El plan pagará capacitación para ayudarlo a manejar la diabetes, en algunos casos.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para conocer la definición de “equipo médico duradero [DME]”, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección M de este manual).</p> <p>Se cubren los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchón motorizado • suministros para diabéticos • camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) • dispositivos generadores de voz • equipos y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores <p>Se pueden cubrir otros artículos.</p> <p>Pagaremos todos los DME médicamente necesarios que pagan habitualmente Medicare y Texas Medicaid. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitar que se realice un pedido especial para usted. Este plan solo cubre los ácidos hialurónicos DUROLANE, EUFLEXXA, SUPARTZ y Gel-SYN-3. No cubriremos otras marcas, a menos que su proveedor nos indique que esto es médicamente necesario.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia se refiere a servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● son proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia, y ● son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se recibe atención médica de inmediato, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que se genere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● un riesgo importante para su salud o la de su hijo por nacer; ○ ● un daño grave en las funciones corporales; ○ ● una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; ○ ● en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ no haya suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto. ○ el traslado a otro hospital puede poner en riesgo su salud o seguridad, o las de su hijo por nacer. <p>Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y requiere cuidado de pacientes hospitalizados una vez estabilizada su emergencia, debe volver a un hospital de la red para que su cuidado siga teniendo cobertura. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para su cuidado de pacientes hospitalizados solo si el plan aprueba su permanencia.</p>
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir a cualquier proveedor (ya sea dentro o fuera de la red) para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.





Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar (continuación)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen de planificación familiar y tratamiento médico • análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico de planificación familiar • métodos de planificación familiar (pastillas anticonceptivas, parches, anillos, dispositivos intrauterinos [DIU], inyecciones e implantes para el control de natalidad) • suministros de planificación familiar recetados (preservativos, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón). • asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados • consejería y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) • esterilización voluntaria (debe tener al menos 21 años de edad y firmar un formulario de consentimiento federal para la esterilización. Deben pasar al menos 30 días, pero no más de 180 días entre la fecha en la que firma el formulario y la fecha de la cirugía). • consejería genética <p>El plan también pagará algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe usar un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento de condiciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). • tratamiento para el SIDA y otras condiciones relacionadas con el VIH • estudios genéticos 	

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Ofrecemos programas para ayudarle a manejar condiciones crónicas y condiciones médicas identificadas, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • educación sobre salud • beneficio de actividad física (<i>consulte el beneficio de SilverSneakers® más adelante en esta sección</i>) • mejor manejo de enfermedades • Línea de Llamadas de Consejos de Enfermería (<i>consulte el beneficio de Línea de Enfermería 24/7 más adelante en esta sección</i>) • servicios de consejería 	\$0
<p>Servicios de audición</p> <p>El plan paga pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estos exámenes indicarán si necesita tratamiento médico. Se cubren como cuidado ambulatorio cuando los realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Como beneficio extra, el plan cubre exámenes de audición de rutina, evaluaciones/colocación de audífonos y ofrece hasta \$2,000 por año para audífonos médicamente necesarios. Este monto es aparte de su beneficio cubierto de un audífono cada cinco años.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
 <p>Prueba de detección del VIH</p> <p>El plan paga una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • solicitan una prueba de detección del VIH, o • tienen un mayor riesgo de contraer infección por VIH. <p>Para embarazadas, el plan cubre hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Comidas entregadas a domicilio después de un alta médica</p> <p>El plan cubre comidas nutritivas con entrega a domicilio después de que le den de alta de un hospital para pacientes internados o tras una estadía en un centro de enfermería especializada. Hasta 2 comidas por día durante 5 días.</p> <p>Beneficio limitado a miembros que viven en la comunidad. El beneficio no se aplica a los miembros que residen en hogares de ancianos o a miembros con exención. Si usted es miembro de servicios de exención, consulte la sección “Servicios basados en la comunidad” más adelante en este capítulo.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Atención de una agencia de cuidado médico en el hogar</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de cuidado médico en el hogar, un médico debe informarnos que usted los necesita y una agencia de cuidado médico en el hogar deberá prestarlos.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y puede haber otros que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de enfermería especializada y de asistente de cuidado médico en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos en virtud del beneficio de cuidado médico en el hogar, estos servicios combinados deben sumar en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El plan pagará la terapia de infusión en el hogar, la cual se define como los medicamentos o las sustancias biológicas administradas por vena o debajo de la piel que se le administran en su hogar. Para realizar la infusión en el hogar, se necesita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o la sustancia biológica, como un antivírico o inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; y • suministros, como vías intravenosas o un catéter. <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar, lo que incluye, entre otras cosas, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con su plan de salud; • capacitación y educación para el miembro que no esté incluida en el beneficio de DME; • monitoreo a distancia; y • servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar provistos por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>
<p>Cuidado para enfermos terminales</p> <p>Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene una prognosis terminal. Esto significa que tiene una prognosis terminal y se espera que tenga seis meses de vida o menos. Puede recibir cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar un programa de hospicio certificado por Medicare. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.




Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado para enfermos terminales (continuación)</p> <p>El plan pagará lo siguiente cuando reciba servicios para enfermos terminales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidado de relevo a corto plazo • cuidado médico en el hogar <p>Los servicios para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener más información, consulte la Sección F de este capítulo. <p>Para los servicios cubiertos por Wellpoint STAR+PLUS MMP, pero que no cubren Medicare Parte A ni Parte B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wellpoint STAR+PLUS MMP cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no tengan cobertura de Medicare Parte A ni Parte B. El plan cubrirá los servicios independientemente de la relación que tengan con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para los medicamentos que posiblemente estén cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Wellpoint STAR+PLUS MMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. <p>Nota: Si necesita cuidado que no sea para enfermos terminales, debe llamar a su Coordinador de servicios al 1-855-878-1784 (TTY: 711) para organizar los servicios. El cuidado que no es para enfermos terminales es aquel que no está relacionado con su pronóstico terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta sobre hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha elegido el beneficio de hospicio.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Vacunas</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacuna contra la neumonía • vacuna contra la influenza, una por cada temporada de influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales si fuera médicamente necesario • vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacuna contra el COVID-19 • otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de Medicare Parte B si usted está en riesgo <p>El plan pagará otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6 para obtener más información.</p>	\$0
<p>Cuidado hospitalario para pacientes internados</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y puede haber otros que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería regulares • costos de las unidades de cuidado especial, como unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario • medicamentos • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios radiológicos • suministros médicos y quirúrgicos necesarios <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de la sala de operaciones y de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • sangre, incluido el almacenamiento y la administración <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan pagará sangre íntegra y glóbulos rojos concentrados a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o conseguir sangre donada por usted o por alguien más. ○ El plan pagará todas las otras partes de la sangre, comenzando con la primera pinta usada. • servicios del médico • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmones, corazón/pulmones, médula ósea, células madre e intestino/vísceras múltiples. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted reúne los requisitos para recibirlo. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, puede obtener los servicios de trasplante de manera local o por fuera del modelo de cuidado para su comunidad. Si Wellpoint STAR+PLUS MMP ofrece servicios de trasplante por fuera del modelo de cuidado para su comunidad y usted elige realizarse el trasplante allí, nosotros organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y traslados para usted y una persona más.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>El plan pagará los servicios de cuidado de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • la cobertura para pacientes hospitalizados por condiciones psiquiátricas agudas podría proporcionarse en un hospital psiquiátrico independiente en lugar de en un entorno de cuidado agudo para pacientes hospitalizados. • la cobertura de servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias podría proporcionarse en un centro de tratamiento para la dependencia de sustancias en lugar de en un entorno de cuidado agudo de un hospital para pacientes internados. • los beneficios y límites se describen en el <i>Manual de procedimientos para proveedores de Texas Medicaid</i>. <p>El plan ofrece días adicionales ilimitados para pacientes psiquiátricos hospitalizados por periodo de beneficios.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que a usted lo van a admitir en un hospital.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si su hospitalización no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos el plan pagará los servicios que obtenga mientras esté en un hospital. El plan pagará los siguientes servicios y puede haber otros que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de médicos • exámenes de diagnóstico, como los análisis de laboratorio <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.




Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital durante una hospitalización no cubierta (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • vendajes quirúrgicos • entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones • dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> ○ reemplazan la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o ○ reemplazan la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que tiene una disfunción o que está inutilizado. • dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales. Se incluyen los ajustes, reemplazos y reparaciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición del paciente. • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla <p>Es posible que se requiera PA.</p>	
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. <ul style="list-style-type: none"> ○ debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe referirlo. ○ el plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.





Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamientos ambulatorios de diálisis, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3; o bien, cuando temporalmente el proveedor del servicio no está disponible o es inaccesible. • tratamientos de diálisis para pacientes internados si es admitido en el hospital para recibir cuidado especial • capacitación para la autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • equipo y suministros para diálisis en el hogar • ciertos servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias de personal capacitado en diálisis para controlar la diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua <p>El beneficio de medicamentos de Medicare Parte B paga algunos de los medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B” en este cuadro.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará una prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una consulta de consejería y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos 1 paquete al día por 20 años sin señales o síntomas de cáncer de pulmón o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años <p>Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección cada año con una solicitud escrita de un médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
 <p>Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no se someten a diálisis. También se presta después de un trasplante de riñón, cuando hay una referencia del médico.</p> <p>El plan pagará tres horas de servicios de consejería personal durante el primer año en que reciba servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare. (Esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Pagamos dos horas de servicios de consejería personal cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una referencia del médico. Estos servicios deben ser indicados por un médico, y se debe renovar la referencia todos los años si necesita seguir el tratamiento el siguiente año calendario.</p>	\$0
 <p>Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarle a promover una conducta saludable. Ofrece capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambios alimenticios a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • maneras para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</p> <p>Estos son los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Wellpoint STAR+PLUS MMP pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que generalmente no se autoadministran y se reciben mediante inyecciones o infusiones junto con servicios médicos, servicios hospitalarios ambulatorios o servicios de centros de cirugía ambulatoria • insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • factores de coagulación que puede autoadministrarse mediante una inyección si tiene hemofilia • medicamentos inmunodepresores si estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante de órgano • medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado a su casa, tiene una fractura ósea que el médico certifica que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse usted misma el medicamento • antígenos • determinados medicamentos antineoplásicos orales y para las náuseas • determinados medicamentos para diálisis en el hogar, como heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y agentes estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa) • inmunoglobulina intravenosa (IV) para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.




Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)</p> <p>Algunos de los medicamentos cubiertos de la Parte B que se mencionan arriba pueden estar sujetos al requisito de terapia escalonada.</p> <p>Seleccione este enlace para ver una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: www.wellpoint.com/tx/mmp/benefits/pharmacy-benefits.html.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas con nuestro beneficio de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, y las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados.</p> <p>En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios mediante nuestro plan.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	
<p>Servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)</p> <p>El plan pagará los servicios de traslado a citas de cuidado médico que no sean de emergencia si usted no tiene otra opción de transporte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En estos viajes se incluyen traslados al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares donde recibe servicios médicos. • No se incluyen los viajes en ambulancia dentro de estos traslados. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) (continuación)</p> <p>Los servicios de NEMT incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pases o pasajes de transporte, por ejemplo, para el transporte público dentro de una ciudad o estado y entre distintas ciudades o estados (incluidos trenes y autobuses). • servicios de transporte en aerolíneas comerciales. • servicios de transporte de respuesta por encargo (puerta a puerta) en autobús, camioneta o sedán privados (incluidos vehículos accesibles para silla de ruedas si se necesitan). • reembolso de millas para un participante de transporte individual (ITP) por traslados verificados que se hayan realizado para recibir un servicio cubierto de cuidado médico. El ITP puede ser usted, un tercero responsable, un miembro de la familia, un amigo o un vecino. 	
<p>Atención en un centro de enfermería</p> <p>El centro de enfermería debe cubrir las necesidades de cada cliente, lo que incluye alojamiento y comida, servicios sociales, medicamentos de venta libre, suministros y equipos médicos y artículos de necesidad personal.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p> Prueba de obesidad y terapia para mantener la pérdida de peso</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan pagará la consejería para ayudarlo a perder peso. Debe obtener los servicios de consejería en un entorno de atención primaria. De esa manera, se pueden manejar con su plan de prevención total. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides (OTP)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de estos medicamentos • consejería relacionada con el abuso de sustancias • terapia individual y grupal • prueba de detección de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (prueba de toxicología) <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y puede haber otros que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías • radioterapia (radio e isótopos), incluidos los servicios y materiales de los técnicos • suministros quirúrgicos, como vendajes • entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para fracturas y dislocaciones • análisis de laboratorio • sangre, comenzando con la cuarta pinta de sangre que necesite. Usted debe pagar las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o conseguir sangre donada por usted o por alguien más. El plan pagará el almacenamiento y la administración a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • otras pruebas de diagnóstico ambulatorias <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>El plan paga los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y puede haber otros que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación le permiten a su médico determinar si debe ser admitido en el hospital como “paciente internado”. ○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un “paciente ambulatorio”. ○ Puede obtener más información acerca de la condición de paciente hospitalizado y ambulatorio en esta hoja de información: www.medicare.gov/media/11101. • análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital • cuidado de salud mental, incluso la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría un tratamiento para pacientes hospitalizados sin esa atención • radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital • suministros médicos, como entablillados y yesos • pruebas de detección preventivas y servicios incluidos en el Cuadro de beneficios • algunos medicamentos que no pueden autoadministrarse <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de salud mental ambulatorio</p> <p>El plan pagará los servicios de salud mental prestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un médico o psiquiatra certificado por el estado, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un enfermero clínico especializado, • un consejero profesional certificado (LPC), • un terapeuta certificado especializado en matrimonio y familia (LMFT), • un enfermero especializado (NP), • un asistente médico (PA), o • cualquier otro profesional de cuidado de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables. <p>El plan pagará los siguientes servicios y puede haber otros que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos • tratamiento diurno • servicios de rehabilitación psicosocial <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p>El plan pagará la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación ambulatorios en los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p> <p>Si usted es miembro de servicios de exención, consulte la sección “Servicios basados en la comunidad” más adelante en este capítulo.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará los servicios para pacientes ambulatorios cuando estén cubiertos, sean médicamente necesarios y los proporcionen médicos, psicólogos u otros profesionales de la salud mental dentro de la red. Los servicios pueden incluir, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios médicos y terapéuticos básicos • terapia individual, familiar y/o grupal • servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> ○ programa de día para adultos ○ capacitación y apoyo sobre medicamentos ○ intervención en situaciones de crisis ○ capacitación y desarrollo de habilidades ○ servicios de rehabilitación psicosocial • administración de casos dirigida <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Cirugía ambulatoria</p> <p>El plan pagará las cirugías y los servicios ambulatorios en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Medicamentos y artículos de venta libre (OTC)</p> <p>El plan proporciona medicamentos de venta libre (OTC) ilimitados cuando su proveedor se los receta por escrito. Para obtener más información, consulte los medicamentos del Nivel 4 en el Capítulo 6 o visite nuestro sitio web en www.wellpoint.com/tx/mmp para acceder a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> (lista de medicamentos) de Wellpoint STAR+PLUS MMP.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos y artículos de venta libre (OTC) (continuación)</p> <p>Por otra parte, el plan ofrece también un monto extra para gastos de \$51 cada tres meses para artículos para la salud y el bienestar de venta libre (OTC) aprobados por el plan. Este beneficio adicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No requiere una receta ni PA • No incluye artículos que están actualmente disponibles como un beneficio cubierto • Se limita a los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre de Wellpoint STAR+PLUS MMP <p>Los miembros son elegibles para usar la totalidad de su monto para gastos trimestral en cualquier momento durante el trimestre. Los saldos que no se usan se transfieren de un trimestre calendario al siguiente, pero deben usarse antes del 31 de diciembre. Los saldos no se transfieren de un año al otro. El miembro es la única persona que puede comprar los artículos OTC.</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio de hospital o en un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Con este servicio, puede evitar la necesidad de permanecer en el hospital.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que una hospitalización parcial.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de asistencia personal</p> <p>El plan cubre asistencia personal para actividades de la vida diaria.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ayuda para asearse • ayuda para comer • ayuda para bañarse • ayuda para vestirse y para la higiene personal • tareas funcionales para la vida diaria/ayuda para planificar • ayuda para preparar comidas • transporte, o ayuda para obtener transporte • asistencia con la locomoción y la movilidad • refuerzo del apoyo a la salud conductual o actividades de terapias especializadas; y • asistencia con medicamentos <p>Estos servicios pueden ser autodirigidos si usted lo elige. Esta opción le permite a usted o a su representante legalmente autorizado ser el empleador de algunos de sus proveedores de servicios y dirigir la prestación de servicios del programa.</p> <p>Si usted es miembro de servicios de exención, consulte la sección “Servicios basados en la comunidad” más adelante en este capítulo.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)</p> <p>El plan ofrece un sistema de control personal que funciona las 24 horas, los 7 días de la semana. En caso de una emergencia, usted puede presionar un botón de llamada para que envíe una señal de ayuda.</p> <p>El sistema PERS está disponible para todos los miembros que residen en la comunidad (miembros que no están en un hogar de ancianos). Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.</p> <p>Si usted es miembro de servicios de exención, consulte la sección “Servicios basados en la comunidad” más adelante en este capítulo.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Control de plagas</p> <p>El plan ofrece tratamientos de control de plagas una vez cada 3 meses para eliminar roedores, cucarachas y otras plagas no seguras de la casa. Este beneficio adicional se limita a los miembros que residen en la comunidad (miembros que no están en un hogar de ancianos). Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de cuidado médico o quirúrgicos médicamente necesarios, prestados en estos sitios: <ul style="list-style-type: none"> ○ consultorio del médico ○ centro quirúrgico ambulatorio certificado ○ departamento para pacientes ambulatorios de un hospital <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • consulta a un especialista, y el diagnóstico y tratamiento de un especialista • exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria o por un especialista, si el médico lo solicita para saber si usted necesita tratamiento • tiene la opción de obtener servicios de telesalud. Si elige recibir servicios de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio de telesalud. Pregunte a su médico si ofrece servicios de telesalud. • algunos servicios de telesalud con médicos o profesionales, como consulta, diagnóstico y tratamiento para miembros en ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que realizan diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal de un hospital u hospital de difícil acceso, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular • servicios de telesalud para miembros con trastorno de abuso de sustancias o con un trastorno de salud mental coexistente • servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted asiste a una consulta presencial dentro de los 6 meses previos a empezar la visitas de telesalud <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.




Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ usted asiste a una consulta presencial cada 12 meses durante el tiempo que recibe servicios de telesalud ○ se pueden hacer excepciones a los puntos anteriores en determinadas circunstancias ● servicios de telesalud para consultas de salud mental provistas por clínicas de salud rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente ● registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo, y ○ el registro no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ el registro no tiene como consecuencia una visita al consultorio en el plazo de 24 horas o la cita disponible más próxima ● evaluación de un video y/o imágenes que usted le envía al médico y la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo, y ○ la evaluación no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ la evaluación no tiene como consecuencia una visita al consultorio en el plazo de 24 horas o la cita disponible más próxima ● consulta entre su médico y otros médicos por teléfono, Internet o a través de una historia clínica electrónica si usted no es paciente nuevo ● segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuidado dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, ○ fracturas de fijación de la mandíbula o huesos faciales, ○ extracción de dientes antes de radioterapia para cáncer neoplásico, o ○ servicios que se cubrirían cuando los proporciona un médico. <p>Es posible que se requiera PA y una referencia.</p>	
<p>Servicios de podología</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • atención de rutina de los pies para miembros con condiciones que comprometan las piernas, como la diabetes <p>Además, el plan cubre una consulta de atención de rutina de los pies cada tres meses. Se deben agotar primero los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años de edad y mayores, el plan pagará los servicios siguientes una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un examen de tacto rectal • una prueba del antígeno prostático específico (PSA) 	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.




Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Dispositivos prostéticos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos prostéticos que reemplazan una función o una parte del cuerpo en su totalidad o de manera parcial. El plan pagará los siguientes dispositivos prostéticos y puede haber otros que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • férulas • zapatos prostéticos • brazos y piernas artificiales • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) <p>El plan pagará también algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. Pagará además la reparación o el reemplazo de los dispositivos prostéticos.</p> <p>El plan ofrece algunos tipos de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. Consulte el apartado “Cuidado de visión” más adelante en esta sección para obtener información detallada.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan pagará los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El miembro debe tener una referencia para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la EPOC.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de relevo</p> <p>Los miembros no exentos que residen en la comunidad son elegibles para recibir servicios de cuidado de relevo, que se limitan a cuatro (4) horas en dos (2) días u ocho (8) horas en un (1) día.</p> <p>Si usted es miembro de servicios de exención, consulte la sección “Servicios basados en la comunidad” más adelante en este capítulo.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y consejería</p> <p>El plan pagará las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen mayor riesgo de contraer una ITS. 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>El plan también pagará hasta dos sesiones individuales, cara a cara, de consejería conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. El plan pagará estas sesiones de consejería como un servicio preventivo, solo si las proporciona un proveedor de atención primaria. Las sesiones se deben proporcionar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Membresía de SilverSneakers®</p> <p>SilverSneakers puede ayudarle a tener una vida más saludable y activa con actividad física e interacción social. Tiene cubierto el beneficio de actividad física a través de SilverSneakers en sitios participantes¹. Tiene acceso a instructores que dan clases de ejercicios grupales que han sido diseñadas especialmente². En los sitios participantes de todo el país¹, puede tomar clases² y usar los equipos de ejercicio y demás instalaciones. Además, SilverSneakers FLEX® le da opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como en centros recreativos, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y con recursos virtuales a través de SilverSneakers Live, SilverSneakers On-Demand™ y la aplicación móvil SilverSneakers GO™.</p> <p>Se ofrecen kits de ejercitación en el hogar para los miembros que desean comenzar a ejercitarse en su casa o para aquellos que no pueden trasladarse a un centro de actividad física debido a una lesión o enfermedad o por estar confinados a su casa.</p> <p>Lo único que necesita para empezar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Ingrese a SilverSneakers.com para obtener más información sobre sus beneficios o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <p>¹Los sitios participantes (“PL”) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni de sus afiliadas, ni son operados por estas. El uso de las instalaciones y servicios de un PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica del PL. Las instalaciones y servicios varían según el PL.</p> <p>²La membresía incluye clases de ejercicios grupales dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunos sitios ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según el sitio.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Membresía de SilverSneakers® (continuación)</p> <p>SilverSneakers no es una membresía de gimnasio, sino un programa especializado diseñado específicamente para adultos mayores. Se excluyen las membresías de gimnasios y otros programas de ejercicios que no cumplen con los requisitos de SilverSneakers.</p> <p>El programa de ejercicios SilverSneakers es ofrecido por Tivity Health, una compañía independiente. SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas comerciales registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p>	
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y puede haber otros que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesario • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que recibe como parte de su plan de cuidado, incluidas sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • sangre, incluido el almacenamiento y la administración <ul style="list-style-type: none"> ○ el plan pagará sangre íntegra y glóbulos rojos concentrados a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o conseguir sangre donada por usted o por alguien más. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ el plan pagará todas las otras partes de la sangre, comenzando con la primera pinta usada. ● suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería ● análisis de laboratorio proporcionados por centros de enfermería ● radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados en centros de enfermería ● aparatos, como sillas de ruedas, por lo general, proporcionados por centros de enfermería ● servicios de médicos o proveedores <p>En general, recibirá la atención en los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención de un centro de enfermería) ● un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja doméstica en el momento en que usted deje el hospital <p>Es posible que se requiera PA.</p>	



Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>El plan pagará SET para los miembros con arteriopatía periférica sintomática (PAD) que tengan una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. El plan pagará lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos para la SET • 36 sesiones adicionales si el proveedor de cuidados médicos lo considera médicamente necesario <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contar con sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento y ejercicio para PAD para aquellos miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • realizarse en un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • ser administrado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supera el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD • realizarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero especializado/enfermero clínico especializado capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Línea de Enfermería 24/7</p> <p>Como miembro, usted tiene acceso a una Línea de Enfermería 24/7, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Cuando llame a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería podrá hablar directamente con un enfermero registrado que responderá todas sus preguntas relacionadas con la salud. La llamada es gratuita y el servicio está disponible en cualquier momento, incluidos los fines de semana y los días feriados. Además, su llamada siempre es confidencial. Llame a la línea de enfermería 24/7 al 1-855-878-1784. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.




Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado necesario de forma urgente</p> <p>El cuidado necesario de forma urgente es cuidado que se proporciona para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una situación que no sea de emergencia, o • una enfermedad repentina, o • una lesión, o • una condición que requiere atención de inmediato. <p>Si requiere cuidado necesario de forma urgente, primero debe intentar encontrar un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición que no era previsible, pero no es una emergencia médica).</p> <p>Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos.</p>	\$0
<p>Cuidado de visión</p> <p>El plan pagará servicios ambulatorios de médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes de la vista anuales para retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad. Medicare no cubre exámenes de la vista regulares para anteojos o lentes de contacto.</p> <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan pagará una prueba de detección de glaucoma por año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con un historial familiar de glaucoma, • personas con diabetes, <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios que nuestro plan paga	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de visión (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> afroamericanos de 50 años de edad en adelante, e hispanoamericanos de 65 años de edad en adelante. <p>El plan cubre un examen de la vista cada año.</p> <p>Además de los servicios cubiertos, el plan proporcionará un monto extra de hasta \$300 para un par de anteojos o de lentes de contacto por año.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	
<p> Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre una única visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> una revisión de su salud, educación y consejería sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas), y referencias para otros tipos de atención si los necesita. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que usted tiene Medicare Parte B. Cuando haga la cita, diga en el consultorio del médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	\$0

E. Nuestros servicios basados en el hogar y la comunidad

Además de estos servicios generales, nuestro plan también cubre servicios basados en el hogar y la comunidad. Estos son servicios que usted puede usar en lugar de ir a un centro. Para recibir algunos de estos servicios, usted deberá calificar para la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (la exención de STAR+PLUS). Su Coordinador de servicios trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y estarán en su plan de cuidado.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Suministros médicos y ayudas de adaptación</p> <p>El plan cubre los siguientes dispositivos, controles, aparatos o artículos que sean necesarios para atender sus necesidades específicas, incluidos aquellos necesarios para dar soporte vital hasta un límite de \$10,000 por año.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes artículos/servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizá pague otros artículos/servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • elevadores, incluidos los elevadores para vehículos • ayudas para la movilidad • dispositivos de posición • interruptores de control/neumáticos y dispositivos • unidades de control ambiental • suministros médicamente necesarios • ayudas para comunicarse (incluidas las baterías) • equipos de adaptación/modificados para actividades de la vida diaria • frenos y dispositivos de seguridad <p>Los Coordinadores de servicios pueden ayudarle a obtener suministros o equipos médicos.</p> <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>El estado permite que los miembros elijan a un familiar o un tutor legal, diferente de la persona legalmente responsable, para que sea su proveedor de este servicio, siempre que el familiar o el tutor legal cumpla con los requisitos para este tipo de servicio.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de tutela temporal para adultos</p> <p>El plan cubre alojamiento las 24 horas en un hogar tutelar si usted tiene limitaciones físicas, mentales o emocionales o si no puede continuar funcionando de manera independiente en su casa.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • preparación de alimentos • tareas domésticas • cuidado personal • tareas de enfermería • supervisión • servicios de acompañante • asistencia con actividades de la vida diaria • transporte <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de vida asistida</p> <p>El plan cubre alojamiento las 24 horas para usted si no puede vivir de manera independiente en su casa.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hogar de acogida/cuidado de acompañante que le proporciona: <ul style="list-style-type: none"> ○ asistencia personal ○ tareas funcionales para la vida diaria ○ supervisión de su seguridad y protección ○ actividades de habilitación • Vida supervisada que le proporciona: <ul style="list-style-type: none"> ○ asistencia personal ○ tareas funcionales para la vida diaria ○ supervisión de su seguridad y protección ○ actividades de habilitación • Servicio de apoyo residencial que le proporciona: <ul style="list-style-type: none"> ○ asistencia personal ○ tareas funcionales para la vida diaria <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de rehabilitación cognitiva</p> <p>El plan cubre servicios que le ayudan a aprender o volver a aprender habilidades cognitivas.</p> <p>Estas habilidades pueden haberse perdido o alterado por daños a las células cerebrales o a la química cerebral.</p> <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Servicios diurnos de habilitación</p> <p>Estos servicios le ayudan a obtener, retener o mejorar las habilidades necesarias para vivir con éxito en su casa y/o en entornos comunitarios.</p> <p>Promueven la independencia, la elección personal y el logro de los objetivos identificados en el plan de servicios.</p> <p>Para las personas inscritas en los servicios de Primera Opción Comunitaria (CFC) y que reciben dichos servicios: Los beneficios y límites se describen en el <i>Manual de procedimientos para proveedores de Texas Medicaid</i>, según lo requerido por el programa de CFC.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para ayudarle a preservar sus dientes y satisfacer sus necesidades médicas hasta \$5,000 por año. Si se requieren los servicios de un cirujano oral, usted puede recibir \$5,000 adicionales por año.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento dental de emergencia • tratamiento dental preventivo • tratamiento dental terapéutico (restauración, mantenimiento, etc.) • tratamiento dental de ortodoncia <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de respuesta ante emergencias</p> <p>El plan cubre servicios de respuesta ante emergencias a través de un sistema de monitoreo electrónico las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>En una emergencia, usted puede presionar un botón de llamada para enviar una señal para pedir ayuda.</p> <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115; y para las personas inscritas en los servicios de Primera Opción Comunitaria (CFC) y que reciben dichos servicios: Los beneficios y límites se describen en el <i>Manual de procedimientos para proveedores de Texas Medicaid</i>, según lo requerido por el programa de CFC.</p> <p>Los servicios de respuesta ante emergencias (ERS) también están disponibles como un beneficio flexible sin costo para los miembros que no están inscritos en los servicios de exención de STAR+PLUS de CFC o HCBS.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Asistencia para el empleo</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificar sus preferencias de empleo, habilidades laborales y requisitos para un entorno laboral y condiciones laborales • localizar posibles empleadores que ofrezcan empleos compatibles con sus preferencias, habilidades y requisitos identificados • contactar a un empleador potencial en su nombre y negociar su empleo • transporte • participar en reuniones del equipo de planificación de servicios <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p>	\$0
<p>Servicios de tareas funcionales para la vida diaria</p> <p>Estos servicios le ayudan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planificación y preparación de comidas • transporte, o ayuda para obtener transporte • asistencia con la locomoción y la movilidad • refuerzo del apoyo a la salud conductual o actividades de terapias especializadas • asistencia con medicamentos 	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Comidas entregadas a domicilio</p> <p>El plan cubre comidas calientes y nutritivas que se sirven en su casa. Las comidas se limitan a 1 o 2 por día.</p> <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Modificaciones menores en el hogar</p> <p>El plan cubre modificaciones menores en el hogar para garantizar su salud, bienestar y seguridad, y permitirle desempeñarse con más independencia en su casa. El plan cubrirá hasta \$7,500 durante el curso de su vida y también cubrirá hasta \$300 cada año para reparaciones.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • instalación de rampas y barras de agarre • ampliación de puertas de entrada • modificaciones en la cocina y el baño, y • otras adaptaciones de accesibilidad especializadas <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de enfermería</p> <p>El plan cubre el tratamiento y monitoreo de sus condiciones médicas, especialmente si usted tiene condiciones crónicas que requieren tareas específicas de enfermería.</p> <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0
<p>Terapia ocupacional</p> <p>El plan cubre terapia ocupacional, la cual proporciona la evaluación y el tratamiento de un terapeuta ocupacional certificado.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • detección y evaluación • desarrollo de planes de tratamiento terapéutico • intervención terapéutica directa • asistencia y capacitación con ayudas de adaptación y dispositivos de comunicación aumentativa • consulta con otros proveedores de servicios y miembros de la familia y capacitación para ellos • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de asistencia personal</p> <p>El plan cubre asistencia personal para actividades de la vida diaria.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ayuda para asearse • ayuda para comer • ayuda para bañarse • ayuda para vestirse y para la higiene personal • tareas funcionales para la vida diaria/ayuda para planificar • ayuda para preparar comidas • transporte o ayuda para obtener transporte • asistencia con la locomoción y la movilidad • refuerzo del apoyo a la salud conductual o actividades de terapias especializadas; y • asistencia con medicamentos <p>Las personas pueden elegir recibir servicios de asistencia personal autodirigidos.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Fisioterapia</p> <p>El plan cubre fisioterapia, evaluaciones y tratamientos de un fisioterapeuta certificado.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • detección y evaluación • desarrollo de planes de tratamiento terapéutico • intervención terapéutica directa • asistencia y capacitación con ayudas de adaptación/dispositivos de comunicación aumentativa • consulta con otros proveedores de servicios y miembros de la familia y capacitación para ellos • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de relevo</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional hasta 30 visitas al año, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asistencia personal • actividades de habilitación • actividades comunitarias • actividades de ocio • supervisión de su seguridad y protección • desarrollo de comportamientos socialmente valorados • desarrollo de habilidades para la vida diaria <p>El cuidado de relevo se proporciona para garantizar su comodidad, salud y seguridad. Se puede proporcionar en los siguientes lugares: su casa o lugar de residencia, un hogar de tutela temporal para adultos, un centro de enfermería certificado por Texas Medicaid y un centro de vida asistida.</p> <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>El cuidado de relevo también está disponible como un beneficio flexible gratuito para miembros que no estén inscritos en los servicios de exención de STAR+PLUS de HCBS. Máximo de ocho (8) horas. Se proporcionan ocho (8) horas en un (1) día o cuatro (4) horas por día en dos (2) días.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia del habla, de la audición y del lenguaje</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • detección y evaluación • desarrollo de planes de tratamiento terapéutico • intervención terapéutica directa • asistencia/capacitación con ayudas de adaptación y dispositivos de comunicación aumentativa • consulta con otros proveedores de servicios y miembros de la familia y capacitación para ellos • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Consultas de apoyo</p> <p>El plan cubre consultas de apoyo opcionales proporcionadas por un asesor de apoyo certificado que elija.</p> <p>Este asesor le ayudará a aprender sobre las responsabilidades del empleador y a cumplirlas.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reclutamiento, evaluación y contratación de trabajadores • preparación de descripciones del puesto • verificación de elegibilidad y calificaciones para el empleo y otros documentos necesarios para emplear a una persona • manejo de trabajadores • otras habilidades profesionales según sean necesarias <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115; y para las personas inscritas en los servicios de Primera Opción Comunitaria (CFC) y que reciben dichos servicios: Los beneficios y límites se describen en el <i>Manual de procedimientos para proveedores de Texas Medicaid</i>, según lo requerido por el programa de CFC.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Empleo asistido</p> <p>El plan cubre empleo asistido, que se proporciona en su lugar de empleo si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • necesita los servicios de apoyo para mantener el empleo debido a una discapacidad; • le pagan un salario mínimo (o más) por el trabajo que realiza; y • su lugar de empleo es competitivo y está integrado. <p>El plan también cubre transporte hacia y desde el lugar de trabajo, y supervisión y capacitación para usted más allá de lo que un empleador proporcionaría habitualmente.</p> <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de asistencia de transición</p> <p>El plan cubre una transición de un centro de enfermería a un hogar en la comunidad, hasta un límite de \$2,500.</p> <p>Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son necesarios desde un punto de vista médico o funcional, y quizás otros servicios que no estén enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pago de depósitos de seguridad requeridos para alquilar un apartamento o una casa • depósitos o cargos de conexión para instalar los servicios públicos del hogar, como teléfono, electricidad, gas y agua • compra de muebles esenciales para el apartamento o la casa, como mesa, sillas, persianas, utensilios para comer, elementos para preparar comidas y ropa blanca para el baño • pago de los gastos de mudanza necesarios para mudarse u ocupar la casa o el apartamento; y • pago de servicios para garantizar su salud en el apartamento o la casa, como erradicación de plagas, control de alérgenos o una limpieza única antes de la ocupación <p>Este beneficio es exclusivo para las personas inscritas en el programa de exención de STAR+PLUS y que reciben servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) según lo que se describe en el Archivo adjunto C: Definiciones de los servicios HCBS de la exención 1115.</p> <p>Es posible que se requiera PA.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

F. Beneficios cubiertos fuera de Wellpoint STAR+PLUS MMP

Los siguientes servicios no están cubiertos por Wellpoint STAR+PLUS MMP, pero están disponibles a través de Medicare o Texas Medicaid.

F1. Cuidado para enfermos terminales

Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene una prognosis terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses de vida o menos. Puede recibir cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. Los programas de hospicio ofrecen cuidados paliativos y de apoyo a los miembros y las familias para satisfacer las necesidades especiales que surgen por el estrés físico, psicológico, espiritual, social y económico que se atraviesa durante las etapas finales de la enfermedad, la muerte y el duelo. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.

Consulte el Cuadro de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que paga Wellpoint STAR+PLUS MMP cuando recibe servicios de cuidado para enfermos terminales.

Para los servicios para enfermos terminales y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B relacionados con su prognosis terminal:

- El proveedor del hospicio le facturará a Medicare los servicios que le preste. Medicare pagará los servicios para enfermos terminales y cualquier otro servicio de Medicare Parte A o Parte B. Usted no paga nada por estos servicios.

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

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

Para los medicamentos que posiblemente estén cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de Wellpoint STAR+PLUS MMP:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si necesita cuidado que no sea para enfermos terminales, debe llamar a su Coordinador de servicios para organizar los servicios. El cuidado que no es para enfermos terminales es aquel que no está relacionado con su prognosis terminal. Para obtener ayuda con la coordinación de los servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



F2. Evaluación de preadmisión y revisión del residente (PASRR)

Este es un programa para garantizar que los miembros no sean colocados incorrectamente en un hogar de ancianos. Requiere que a los miembros (1) se los evalúe para detectar enfermedades mentales, discapacidades intelectuales o ambas; (2) se les ofrezca el entorno más apropiado para sus necesidades (en la comunidad, un centro de enfermería o entornos de cuidado agudo); y (3) se les proporcionen los servicios que necesitan en esos lugares.

G. Beneficios no cubiertos por Wellpoint STAR+PLUS MMP, Medicare ni Texas Medicaid

En esta sección, se describen los tipos de beneficios excluidos por el plan. Excluido significa que el plan no paga estos beneficios. Tampoco los pagarán ni Medicare ni Texas Medicaid.

La lista a continuación describe algunos servicios o artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna circunstancia y algunos que están excluidos por el plan solo en algunos casos.

El plan no pagará los beneficios médicos excluidos que se detallan en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del miembro*), excepto en las circunstancias específicas que se indican. El plan no pagará estos servicios, aunque los reciba en un centro de emergencia. Si considera que debemos pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

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

- Servicios que no se consideran “razonables y necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare o Texas Medicaid, a menos que estos servicios figuren como servicios cubiertos por nuestro plan.
- Artículos, medicamentos y tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que en general no están aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando es médicamente necesario y lo paga Medicare.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- Enfermeros privados.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Artículos personales en la habitación del hospital o centro de enfermería, como un teléfono o televisor.
- Cuidado de enfermería de tiempo completo en su casa.
- Servicio de tareas domésticas, incluida la asistencia básica en el hogar, como limpieza ligera y preparación de comidas.
- Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su hogar.
- Servicios o procedimientos de mejora electivos o voluntarios (incluidos aquellos para pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, retraso del envejecimiento y rendimiento mental), a menos que se consideren médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro tipo de trabajo estético, a menos que sea por una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo cuya forma es anómala. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Cuidados quiroprácticos, excepto la manipulación manual de la columna vertebral, en consonancia con las guías de cobertura de Medicare.
- Zapatos ortopédicos, a menos que formen parte de un dispositivo ortopédico para las piernas y se incluyan en su costo, o que los zapatos sean para una persona que tiene enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas que tienen enfermedad del pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para visión reducida.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, si un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del VA, y el monto de costos compartidos del VA es mayor que el de nuestro plan, la diferencia se reembolsará al veterano. Igualmente, los miembros deberán pagar los montos de costos compartidos que les correspondan.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Capítulo 5: Cómo obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

En este capítulo se explican las normas para obtener los medicamentos recetados como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor solicita para usted y que usted obtiene en una farmacia o a través del servicio de pedido por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos en Medicare Parte D y algunos medicamentos recetados y de venta libre cubiertos por Texas Medicaid. En el Capítulo 6 se informa cuánto paga usted por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Wellpoint STAR+PLUS MMP también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se analicen en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Se incluyen algunos medicamentos que le dan mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Se incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones que recibe en una visita al consultorio de un médico u otro proveedor, ciertos suministros de cuidado médico en el hogar (tiras reactivas, lancetas, espaciadores) y medicamentos que le dan en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos, consulte el Cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Normas de la cobertura de medicamentos ambulatorios del plan

Normalmente el plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga las normas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor deben hacerle la receta, y esta debe ser válida según la ley aplicable del estado. Esta persona, a menudo, es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor, en el caso de que su proveedor de atención primaria lo haya remitido para su atención.
2. El profesional que receta no debe figurar en las listas de Medicare de personas y entidades excluidas o prohibidas.
3. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta.
4. Su medicamento recetado debe aparecer en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Si no está en la Lista de medicamentos, podemos cubrirlo haciendo una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para informarse sobre cómo solicitar una excepción.
5. El medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Es decir, el medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o contar con el respaldo de ciertas referencias médicas. Una indicación médicamente aceptada se refiere al diagnóstico o a la condición por la cual se receta un medicamento, no a la dosis recetada para dicha indicación. El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada que respalde el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión, o para mejorar la función del cuerpo (excepto las vacunas de la Parte D, que pueden ser utilizadas para la prevención de una condición).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas	126
A1. Cómo surtir una receta en una farmacia de la red	126
A2. Uso de la tarjeta de identificación del miembro para surtir una receta	126
A3. Qué sucede si cambia a otra farmacia de la red.....	126
A4. Qué debe hacer si la farmacia ya no está en la red	126
A5. Uso de una farmacia especializada	127
A6. Uso de los servicios de pedido por correo para recibir sus medicamentos	127
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	130
A8. Uso de una farmacia que no está en la red del plan	130
A9. Devolución del dinero si usted paga un medicamento recetado	131
B. La Lista de medicamentos del plan.....	131
B1. Medicamentos de la Lista de medicamentos	131
B2. Cómo buscar un medicamento en la Lista de medicamentos	132
B3. Medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos	132
B4. Niveles de costos compartidos de la Lista de medicamentos	133
C. Límites para algunos medicamentos	134

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto 136
 - D1. Obtener un suministro temporal 136
- E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 138
- F. Cobertura de medicamentos en casos especiales..... 140
 - F1. Si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan..... 140
 - F2. Si se encuentra en un centro de cuidados médicos a largo plazo..... 141
 - F3. Si está inscrito en un programa de hospicio certificado por Medicare 141
- G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 142
 - G1. Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura 142
 - G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos..... 142
 - G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides..... 143

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

A. Cómo surtir sus recetas

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

En la mayoría de los casos, el plan pagará las recetas solo si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros o con su Coordinador de servicios.

A2. Uso de la tarjeta de identificación del miembro para surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre la tarjeta de identificación del miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red le facturará al plan nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Es posible que deba pagar un copago a la farmacia cuando recoja su medicamento recetado.

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro al surtir su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria o solicite a la farmacia que revise su información de inscripción en el plan.

En algunos casos, **si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo recoja**. Puede pedirnos que le devolvamos el dinero de la parte que nos corresponde. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato. Haremos lo que podamos para ayudarle.

- Para saber cómo pedirnos la devolución del dinero, consulte el Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios para Miembros o con su Coordinador de servicios.

A3. Qué sucede si cambia a otra farmacia de la red

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

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros o con su Coordinador de servicios.

A4. Qué debe hacer si la farmacia ya no está en la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Para encontrar una farmacia nueva de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros o con su Coordinador de servicios.

A5. Uso de una farmacia especializada

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para residentes de un centro de cuidados médicos a largo plazo, como un hogar de ancianos.
 - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro de cuidados médicos a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si esta farmacia no está en nuestra red o usted tiene dificultades para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de cuidados médicos a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Programa de Servicios de Salud Indígena/Tribal/Salud Indígena Urbana. Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA para determinados lugares, o medicamentos que requieren una manipulación especial, la coordinación del proveedor o educación para su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente).

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros o con su Coordinador de servicios.

A6. Uso de los servicios de pedido por correo para recibir sus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. En general, los medicamentos disponibles a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para tratar una condición médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de pedido por correo en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro para 93 días como máximo. Un suministro para 93 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Cómo surtir recetas por correo

Si necesita formularios de pedido e información sobre cómo surtir recetas por correo, visite nuestro sitio web, www.wellpoint.com/tx/mmp, o llame a su Coordinador de servicios o a la línea gratuita de Servicios de Farmacia para Miembros al **1-833-232-1711** (TTY: **711**) las 24 horas, los 7 días de la semana.

Por lo general, un medicamento recetado de pedido por correo le llegará en un plazo de 7 a 14 días. Si se demora el envío de un medicamento recetado de pedido por correo, cubriremos un suministro temporal de una farmacia minorista. Comuníquese con la línea de CarelonRx para pedidos por correo llamando al 1-833-203-1738 (TTY: 711) las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Procesos del pedido por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que obtiene de usted, las nuevas recetas que obtiene directamente del consultorio del proveedor y las reposiciones de las recetas de pedido por correo:

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surtirá y entregará automáticamente los medicamentos correspondientes a las nuevas recetas que reciba de usted.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor

La farmacia surtirá y enviará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de cuidados médicos, sin antes confirmarlo con usted si:

- Usted ya usó los servicios de pedido por correo con este plan, o
- Se inscribió para el envío automático de todas las recetas nuevas que envían directamente los proveedores de cuidados médicos. Para solicitar el envío automático de todas las recetas nuevas, puede comunicarse ahora o en cualquier momento con la línea de pedidos por correo de CarelonRx llamando al **1-833-203-1738** (TTY: **711**) las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si recibe por correo un medicamento recetado enviado de manera automática, y usted no lo quiere y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, es posible que sea elegible para recibir un reintegro.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Si usó antes el servicio de pedido por correo, pero no quiere que la farmacia surta y envíe de manera automática cada receta nueva, contáctenos llamando a la línea de pedidos por correo de CarelonRx al **1-833-203-1738** (TTY: **711**) las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si nunca utilizó nuestro envío de pedidos por correo y/o decide suspender el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de cuidados médicos para averiguar si quiere que le surtan y envíen el medicamento de inmediato.

- Esto le permitirá asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (y en la concentración, cantidad y forma correctas) y podrá cancelar o retrasar el pedido antes de que se lo facturen y envíen de ser necesario.
- Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, así puede informarles qué hacer con la receta nueva y evitar demoras en el envío.

Para cancelar el envío automático de recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de cuidados médicos, contáctenos llamando a la línea de pedidos por correo de CarelonRx al **1-833-203-1738** (TTY: **711**) las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

3. Reposiciones de medicamentos recetados de pedido por correo

Para reponer sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. Con este programa, comenzaremos a procesar automáticamente su próxima reposición cuando nuestros registros indiquen que se le está acabando el medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada reposición para asegurarse de que necesita el medicamento. También puede cancelar las reposiciones programadas si ya cuenta con el medicamento necesario o si su medicamento ha cambiado.
- Si elige no utilizar el programa de reposición automática, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que se le acaben los medicamentos de su receta actual para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su participación en nuestro programa que prepara automáticamente la reposición de los pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios de Farmacia para Miembros al **1-833-232-1711** (TTY: **711**). Las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Hable con su Coordinador de servicios o comuníquese con Servicios de Farmacia para Miembros llamando al **1-833-232-1711** (TTY: **711**) las 24 horas, los 7 días de la semana, y actualizaremos los datos en su registro de miembro. Si no sabemos cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted, podría perder la oportunidad de decirnos si desea una reposición y podría quedarse sin sus medicamentos recetados.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro de medicamento para tratamiento a largo plazo en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos para tratamiento a largo plazo son aquellos que toma con regularidad para una condición médica crónica o prolongada.

Algunas farmacias de la red le permitirán obtener un suministro de medicamentos para tratamiento a largo plazo. Un suministro para 93 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias le pueden dar un suministro de medicamentos para tratamiento a largo plazo. Para obtener más información, también puede llamar a Servicios para Miembros.

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan y obtener un suministro de medicamentos para tratamiento a largo plazo. Consulte la sección anterior para obtener más información sobre los servicios de pedido por correo.

A8. Uso de una farmacia que no está en la red del plan

Por lo general, pagamos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo si no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede abastecer sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagaremos los medicamentos recetados que se obtengan en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si usted está de viaje fuera del área de servicio, se le termina el medicamento y no puede ir a una farmacia de la red.
- Si no puede recibir un medicamento de manera oportuna debido a que no hay una farmacia de la red a una distancia razonable que esté abierta las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si el medicamento que toma no está disponible con regularidad en una farmacia accesible o de pedido por correo.
- Si se le proporciona el medicamento mientras está en una sala de emergencia, un hospital o un centro fuera de la red, un centro de cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio y no puede conseguir su medicamento en una farmacia de la red.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Durante un desastre natural declarado federalmente u otra emergencia cuando no se puede esperar razonablemente que usted obtenga sus medicamentos en una farmacia de la red

En estos casos, consulte primero con Servicios para Miembros si hay una farmacia de la red cerca.

A9. Devolución del dinero si usted paga un medicamento recetado

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total en lugar de un copago cuando obtenga su medicamento recetado. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo.

Para obtener más información al respecto, consulte el Capítulo 7.

B. La Lista de medicamentos del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar.

Los medicamentos en esta Lista de medicamentos los selecciona el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos, también se indica si existen normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las normas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos de la Lista de medicamentos

En la Lista de medicamentos se incluyen los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D, así como artículos y medicamentos recetados y de venta libre cubiertos por los beneficios de Texas Medicaid.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial que es propiedad de su fabricante. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. Cuando en la Lista de medicamentos decimos “medicamentos”, podemos referirnos tanto a un medicamento como a un producto biológico, como por ejemplo, las vacunas o la insulina.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en lugar de contar con una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las normas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

B2. Cómo buscar un medicamento en la Lista de medicamentos

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

- Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visitar el sitio web del plan en www.wellpoint.com/tx/mmp. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a Servicios para Miembros para consultar si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o pedir una copia de la lista.
- Usar nuestra herramienta “Herramienta de beneficios en tiempo real” (Real Time Benefit Tool) en www.wellpoint.com/tx/mmp o llamar a *su coordinador de cuidado* o a Servicios para Miembros. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y saber si existen medicamentos alternativos que podrían tratar la misma condición.

B3. Medicamentos que no figuran 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.

Wellpoint STAR+PLUS MMP no pagará los medicamentos que figuran en esta sección. Se los llama medicamentos excluidos. Si recibe una receta para un medicamento excluido, debe pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido en su caso, puede presentar una apelación. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Estas son tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. Con la cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de Medicare Parte D y Texas Medicaid) no se puede pagar un medicamento que ya esté cubierto por Medicare Parte A o Parte B. Los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Parte B están cubiertos por Wellpoint STAR+PLUS MMP de manera gratuita, pero no se consideran parte de nuestros beneficios para medicamentos recetados ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado 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 contar con el respaldo de ciertas referencias médicas para el tratamiento de su condición. Su médico puede recetarle un medicamento determinado para tratar su condición, aunque el medicamento no esté aprobado para eso. Esto se llama “uso no aprobado o fuera de lo indicado”. Normalmente, nuestro plan no cubre medicamentos cuando son recetados para uso fuera de lo indicado.

Por otra parte, por ley, los medicamentos que figuran a continuación no están cubiertos por Medicare ni por Texas Medicaid.

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos usados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos ambulatorios cuando la compañía que lo elabora indica que debe realizarse análisis o servicios que solo ellos realizan

B4. Niveles de costos compartidos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de cuatro (4) niveles de costos compartidos. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o de venta libre). En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que usted pague por el medicamento.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca preferidos de Medicare Parte D. El copago es de \$0.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de Medicare Parte D. El copago varía entre \$0 y \$11.20 según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 3 son los medicamentos recetados genéricos y de marca aprobados por Texas Medicaid estatal. El copago es de \$0.
- Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por Texas Medicaid estatal que requieren una receta de su proveedor. El copago es de \$0.

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

En el Capítulo 6 se indica el monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de distribución de costos.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que sea eficaz para su condición médica, además de seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona de la misma manera que uno de mayor costo, el plan espera que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Si hay alguna norma especial para su medicamento, por lo general significa que usted o el proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que el proveedor primero deba informarnos su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de sus análisis de sangre. Si usted o el proveedor piensan que nuestra norma no debería aplicarse a su situación, debe solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar que use el medicamento sin la necesidad de seguir los pasos adicionales o no.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca o de productos biológicos originales cuando hay disponibilidad de una versión genérica o un producto biosimilar intercambiable

En general, un medicamento genérico o producto biosimilar intercambiable funciona de la misma manera que un medicamento de marca o un producto biológico original y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica o biosimilar intercambiable.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca ni el producto biológico original cuando haya una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos informó el motivo médico por el que un medicamento genérico o un producto biosimilar intercambiable no es eficaz para usted o anotó en la receta de un medicamento de marca o un producto biológico original la leyenda “Sin sustituciones”, o bien, nos informó el motivo médico por el que ni el medicamento genérico, ni el producto biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición son eficaces para usted, en ese caso, cubriremos el medicamento de marca.
- Es posible que el copago que le corresponda pagar a usted sea mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o producto biosimilar intercambiable.

2. Requisito de aprobación del plan por adelantado

Usted o su médico deberán obtener la aprobación de Wellpoint STAR+PLUS MMP antes de surtir su receta de algunos medicamentos. Es posible que Wellpoint STAR+PLUS MMP no cubra el medicamento si usted no obtiene la aprobación.

Puede obtener un suministro de 72 horas de un medicamento cubierto por Texas Medicaid si se trata de una emergencia.

3. Requisito de prueba de un medicamento diferente primero

En general, el plan quiere que usted pruebe medicamentos de costo más bajo (que a menudo son igual de efectivos) antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero.

Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá entonces el medicamento B. Esto se conoce como terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos. Esto se conoce como “límite de cantidad”. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de estas normas se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más reciente, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestro sitio web en www.wellpoint.com/tx/mmp.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Nuestra intención es que la cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces, es posible que un medicamento no esté cubierto como usted quisiera.

Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por el plan. El medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos. Tal vez tenga cobertura una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que quiere tomar no está cubierta. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o límites especiales para su cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o el profesional que receta quieran solicitarnos una excepción a la norma.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto en la forma en que quisiera.

D1. Obtener un suministro temporal

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

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

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en la Lista de medicamentos del plan; ○
 - nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan; ○
 - ahora está limitado de alguna manera.
2. Debe encontrarse en una de estas situaciones:
 - Usted estaba en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal será para 31 días como máximo.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Si la receta se hace por menos días, permitiremos la reposición de varias recetas del medicamento hasta un suministro para 31 días como máximo. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en cantidades pequeñas por vez para evitar el uso indebido.
- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal del **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro temporal será para 31 días como máximo.
 - Si la receta se hace por menos días, permitiremos la reposición de varias recetas del medicamento hasta un suministro para 31 días como máximo. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento recetado en cantidades pequeñas por vez para evitar el uso indebido.
- Usted ha estado en el plan por más de 90 días y reside en un centro de cuidados médicos a largo plazo y necesita un suministro inmediatamente.
 - Cubriremos un suministro por 34 días o menos si su receta indica menos días. Esto es complementario al suministro temporal anterior.
 - Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

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

- Puede cambiar de medicamento.

Es posible que haya un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

O BIEN

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin limitaciones. Si el proveedor afirma que hay motivos médicos que justifican una excepción, puede ayudarle a solicitárnosla.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Si necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios para Miembros o su Coordinador de servicios.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realiza el 1.º de enero, pero Wellpoint STAR+PLUS MMP puede agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras normas acerca de los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir requerir o no aprobación o autorización previa (PA) para un medicamento. (La PA es el permiso que usted debe obtener de Wellpoint STAR+PLUS MMP antes de recibir un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límite de cantidad”).
- Agregar o cambiar las restricciones de la terapia escalonada en relación con un medicamento. (Terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas de los medicamentos, consulte la Sección C que figura antes en este capítulo.

Si toma un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- ingrese al mercado un medicamento nuevo más barato que actúe de la misma forma que uno de la Lista de medicamentos, **o**
- descubramos que un medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento sea retirado del mercado.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia la Lista de medicamentos, usted siempre puede:

- Consultar la Lista de medicamentos actualizada de Wellpoint STAR+PLUS MMP en línea en www.wellpoint.com/tx/mmp o
- Llamar a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) para consultar la Lista de medicamentos actual.

Algunos cambios en la Lista de medicamentos sucederán **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Está disponible un nuevo medicamento genérico.** A veces, aparece en el mercado un medicamento genérico nuevo que actúa de la misma forma que un medicamento de marca de la Lista de medicamentos actual. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento se mantendrá igual *o será menor*.

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

- Es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, pero luego le daremos información sobre el cambio específico que hemos realizado.
- Usted o su proveedor pueden pedir una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) informa que un medicamento que usted está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo haremos saber. Su proveedor también se enterará de este cambio. Puede colaborar con usted para encontrar un medicamento nuevo para su condición.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma.

Le comunicaremos con anticipación estos otros cambios a la Lista de medicamentos. Estos cambios podrían suceder si:

- La FDA proporciona una nueva guía o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Sustituimos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos ○
- Cambiamos las normas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Si se producen estos cambios, nosotros:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de aplicar el cambio en la Lista de medicamentos ○
- Le informaremos y le daremos un suministro de 31 días del medicamento después de que solicite una reposición.

Esto le dará tiempo para que hable con su médico u otro profesional que receta. Estas personas pueden ayudarle con estas decisiones:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar ○
- Si debe pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

Es posible que implementemos otros cambios que no afecten los medicamentos que toma en este momento. En estos casos, si toma un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente, no lo quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año.**

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que usted toma o limitamos su uso, en ese caso, el cambio no afectará el uso del medicamento para usted durante el resto del año.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan

Si lo admiten en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, nosotros cubriremos generalmente el costo de sus medicamentos recetados durante su permanencia. No tendrá que pagar un copago. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos si cumplen con todas nuestras normas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el Capítulo 6.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

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

Por lo general, un centro de cuidados médicos a largo plazo (como un hogar de ancianos) cuenta con su propia farmacia o una farmacia que provee medicamentos a todos los residentes. Si usted está viviendo en un centro de cuidados médicos a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados por medio de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

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

F3. Si está inscrito en un programa de hospicio certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito en un programa de hospicio de Medicare y requiere un medicamento para el dolor, para las náuseas, para la ansiedad o laxante no cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su pronóstico terminal y las condiciones relacionadas, el profesional que receta o el proveedor del hospicio debe notificar al plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras para recibir un medicamento no relacionado que debería ser cubierto por nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o al profesional que receta que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de pedirle a la farmacia que surta su receta.

Si abandona el hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, debe llevar a la farmacia la documentación que confirme que usted ya no está en el hospicio. Consulte las secciones anteriores de este capítulo donde se explican las normas para obtener cobertura de medicamentos de Medicare Parte D.

Para obtener más información sobre el beneficio de hospicio, consulte el Capítulo 4.



Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

G. Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

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

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

- pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento que actúa de la misma manera
- pueden no ser seguros debido a su edad o sexo
- podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico
- tienen cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos recetados, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

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

Si toma medicamentos para diferentes condiciones médicas y/o se encuentra en un Programa de administración de medicamentos que le ayuda a tomar los medicamentos opioides de manera segura, es posible que sea elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM). Este programa les ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos y hablará con usted sobre los siguientes temas:

- cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que pueda tener, como costos de los medicamentos y reacciones a los medicamentos
- la mejor manera de tomar los medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre los medicamentos recetados y de venta libre

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen comprende un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo los medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que toma y la razón por la que los toma. Además, recibirá información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de la visita anual de “bienestar”, para que pueda hablar con el médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos a la visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidados médicos. También lleve su lista de medicamentos si acude al hospital o a la sala de emergencia.

Estos programas de administración de la terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que reúnen los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en él y le enviaremos la información. Si no desea participar en el programa, avísenos y lo sacaremos.

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

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Wellpoint STAR+PLUS MMP tiene un programa para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que suelen usarse de forma indebida. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si recibe medicamentos opioides de varios médicos o distintas farmacias, o ha sufrido recientemente una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que use debidamente estos medicamentos y que estos sean medicamento necesarios. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su consumo de medicamentos opioides o con benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas para dichos medicamentos **de ciertas farmacias y/o de ciertos médicos**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted

Si consideramos que una o más de las limitaciones deben aplicarse en su caso, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitamos la cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener recetas para estos medicamentos de un proveedor o farmacia específicos.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y darnos cualquier información que considere que es importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de haberle brindado la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta en la que se confirmen las limitaciones.

Si cree que cometimos un error o que no existe el riesgo de que usted haga un uso indebido de los medicamentos recetados, o si no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que receta pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y emitiremos nuestra decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso de manera automática a una Entidad de Revisión Independiente (IRE). (Para saber cómo presentar una apelación y obtener información sobre las IRE, consulte el Capítulo 9).

El DMP puede no aplicarse en su caso si:

- tiene determinadas condiciones médicas, como cáncer o anemia falciforme,
- está recibiendo cuidados paliativos o para enfermos terminales, o
- vive en un centro de cuidados médicos a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Capítulo 6: Lo que usted paga por medicamentos recetados de Medicare y Texas Medicaid

Introducción

En este capítulo, se explica lo que usted paga por los medicamentos recetados ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- medicamentos recetados de Medicare Parte D, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Texas Medicaid, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Como es elegible para Texas Medicaid, usted recibe Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados de Medicare Parte D.

Ayuda Extra (“Extra Help”) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. Ayuda Extra (Extra Help) también se llama “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 obtener más información sobre los medicamentos recetados, puede consultar estas referencias:

- La *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
 - La denominamos la “Lista de medicamentos”. Allí se informa:
 - Qué medicamentos paga el plan
 - En cuál de los 4 niveles de costos compartidos está cada medicamento
 - Si se aplica algún límite a los medicamentos
 - Si necesita una copia de la “Lista de medicamentos”, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web de Wellpoint www.wellpoint.com/tx/mmp. La “Lista de medicamentos” del sitio web siempre es la más actualizada.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- El Capítulo 5 de este *Manual del miembro*.
 - El Capítulo 5 indica cómo obtener sus medicamentos recetados ambulatorios a través del plan.
 - Incluye las normas que debe cumplir. También detalla qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
 - En la mayoría de los casos, debe obtener los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red. Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red. Puede leer más acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5.
 - Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (Real Time Benefit Tool) del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), verá el costo en “tiempo real”. Esto significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja un punto en el tiempo en el que se hace una estimación de los gastos de bolsillo que tendría que pagar. Puede llamar a su coordinador de cuidado o a Servicios para Miembros para obtener más información.

Índice

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB)	148
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos	149
C. Etapas de pago de los medicamentos de Medicare Parte D	150
D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial	150
D1. Sus opciones de farmacia	151
D2. Cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo	151
D3. Lo que usted paga	151
D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial	154

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica 154

F. El costo de los medicamentos si el médico le receta un suministro para menos
de un mes 154

G. Vacunación..... 155

 G1. Lo que debe saber antes de vacunarse 155

 G2. Lo que usted paga por vacunaciones de Medicare Parte D 156

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan hace un seguimiento de sus medicamentos recetados. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **gastos de bolsillo**. Este es el monto de dinero que usted u otras personas en su nombre pagan por sus medicamentos recetados.
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el monto de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas, sumado al monto que paga el plan.

Cuando usted obtiene medicamentos recetados a través del plan, le enviamos un resumen conocido como *Explicación de beneficios*. Nosotros le decimos EOB para abreviar. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que usted toma, como los aumentos de precios y otros medicamentos que podrían estar disponibles con costos compartidos más bajos. Puede hablar con el profesional que receta sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye:

- **Información del mes**. En el resumen se informan los medicamentos recetados que usted obtuvo el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que hizo el plan, y lo que usted y otros que pagan por usted pagaron.
- **Información sobre el “acumulado de este año hasta la fecha”**. Incluye sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1.º de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Se informa el precio total del medicamento y la variación porcentual del precio del medicamento desde la primera vez que surtió la receta.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando hay alternativas disponibles, aparecen en el resumen a continuación de sus medicamentos actuales. Puede hablar con el profesional que receta para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta en para el total de sus gastos de bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos de venta libre. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. A continuación, le explicamos cómo puede ayudarnos:

1. Use su tarjeta de identificación del miembro.

Muestre su tarjeta de identificación del miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber qué medicamentos recetados obtiene y lo que paga por ellos.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que haya pagado. Puede pedirnos ayuda para que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo del medicamento. Comuníquese con su Coordinador de servicios para obtener información sobre cómo solicitar la devolución de dinero.

A continuación, le presentamos algunas situaciones en las que debe proporcionarnos las copias de los recibos:

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

Para saber cómo pedirnos que le devolvamos el dinero de la parte del costo del medicamento que nos corresponde, consulte el Capítulo 7.

3. Envíenos la información sobre los pagos que otras personas hayan realizado por usted.

Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también se aplican al cálculo de sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican a los gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir los requisitos para la cobertura catastrófica. Cuando alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, Wellpoint STAR+PLUS MMP paga todos los costos de sus medicamentos de Medicare Parte D durante el resto del año.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

4. Controle la EOB que le mandamos.

Cuando reciba por correo una EOB, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que hay algún error, que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros. Guarde las EOB. Constituyen un registro importante sobre sus gastos de medicamentos.

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

Existen dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D conforme a Wellpoint STAR+PLUS MMP. El monto que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre en el momento de surtir o reponer un medicamento recetado. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
<p>Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga la parte que le corresponde. La parte que le corresponde se llama copago.</p> <p>Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2024.</p> <p>Comienza esta etapa cuando ha pagado un monto determinado de sus gastos de bolsillo.</p>

D. Etapa 1: La Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga la parte que le corresponde. La parte que le corresponde se llama copago. El copago depende del nivel de costos compartidos en que se encuentre el medicamento y dónde lo obtuvo.

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento que figura en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los 4 niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel, mayor será el copago. Para conocer los niveles de costos compartidos de sus medicamentos, consulte la Lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca preferidos de Medicare Parte D. El copago es de \$0.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de Medicare Parte D. El copago varía entre \$0 y \$11.20 según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 3 son los medicamentos recetados genéricos y de marca aprobados por Texas Medicaid estatal. El copago es de \$0.
- Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos de venta libre (OTC) aprobados por Texas Medicaid estatal que requieren una receta de su proveedor. El copago es de \$0.

D1. Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de si usted obtiene el medicamento en:

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

En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para saber cuándo lo haremos.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 93 días. Cuesta lo mismo que el suministro de un mes, para 31 días.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener suministros a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

D3. Lo que usted paga

Durante la Etapa de cobertura inicial, usted pagará un copago cada vez que surta una receta. Si el costo del medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el precio inferior.

Puede comunicarse con Servicios para Miembros para consultar cuál es el copago para cualquier medicamento cubierto.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

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

	Una farmacia de la red	El servicio de venta por correo del plan	Una farmacia de la red para atención a largo plazo	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o de hasta 93 días	Un suministro de un mes o de hasta 93 días	Suministro de hasta 34 días	Suministro de hasta 10 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener información detallada.
Costos compartidos Nivel 1 (Medicamentos de marca y genéricos preferidos de Medicare Parte D)	\$0	\$0	\$0	Llame a Servicios de Farmacia para Miembros para recibir ayuda.
Costos compartidos Nivel 2 (Medicamentos genéricos y de marca preferidos y no preferidos de Medicare Parte D)	Genérico: \$0/\$1.55/\$4.50 De marca: \$0/\$4.60/\$11.20, según su nivel de Ayuda Extra (“Extra Help”)	Genérico: \$0/\$1.55/\$4.50 De marca: \$0/\$4.60/\$11.20, según su nivel de Ayuda Extra (“Extra Help”)	Genérico: \$0/\$1.55/\$4.50 De marca: \$0/\$4.60/\$11.20, según su nivel de Ayuda Extra (“Extra Help”)	Llame a Servicios de Farmacia para Miembros para recibir ayuda.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

	Una farmacia de la red	El servicio de venta por correo del plan	Una farmacia de la red para atención a largo plazo	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o de hasta 93 días	Un suministro de un mes o de hasta 93 días	Suministro de hasta 34 días	Suministro de hasta 10 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener información detallada.
Costos compartidos Nivel 3 (Medicamentos recetados genéricos y de marca aprobados por Texas Medicaid estatal)	\$0 (hasta 31 días)	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de Nivel 3	\$0 (hasta 34 días)	Llame a Servicios de Farmacia para Miembros para recibir ayuda.
Costos compartidos Nivel 4 (Medicamentos de venta libre [OTC] aprobados por Texas Medicaid estatal que requieren una receta de su proveedor)	\$0 (hasta 31 días)	El pedido por correo no está disponible para medicamentos de Nivel 4	\$0 (hasta 34 días)	Llame a Servicios de Farmacia para Miembros para recibir ayuda.

Para obtener más información sobre las farmacias que pueden ofrecerle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.



Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

D4. Fin de la Etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando el total de gastos de bolsillo alcanza los \$8,000. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de los medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

La EOB le ayudará a llevar el registro de los montos que ha pagado por medicamentos durante el año. Le informaremos cuando haya alcanzado el límite de \$8,000. Muchas personas no llegan al límite en un año.

E. Etapa 2: La Etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de \$8,000 por medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

F. El costo de los medicamentos si el médico le receta un suministro para menos de un mes

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro de un medicamento cubierto para un mes completo. Sin embargo, el médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes.

- Es posible que, en algunos casos, quiera pedirle al médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios graves).
- Si el médico está de acuerdo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

Si obtiene una cantidad de un medicamento menor al suministro para un mes, el monto que usted paga dependerá de la cantidad de días para los que recibe el medicamento. Calcularemos el monto que usted paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de costos compartidos”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días para los que recibe el medicamento.

- Por ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 31 días) es \$1.35. Esto significa que el monto que paga por el medicamento es menos de \$0.05 por día. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, pagará menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, un pago total de menos de \$0.35.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- La tasa diaria de costos compartidos le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro de todo un mes.
- También puede pedirle al proveedor que le recete un suministro para menos de un mes completo de un medicamento, si esto le ayudará a:
 - planificar mejor la reposición de los medicamentos,
 - coordinar las reposiciones con otros medicamentos que toma, **y**
 - no tener que ir tantas veces a la farmacia.

G. Vacunación

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D sin costo para usted. Nuestra cobertura de vacunaciones de Medicare Parte D tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es para el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. Por ejemplo, es posible que, algunas veces, su médico le administre la vacuna.

G1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame primero a Servicios para Miembros cuando esté planeando vacunarse.

- Podemos informarle cómo es la cobertura de la vacunación en nuestro plan y explicarle cuál es su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos usando proveedores y farmacias de nuestra red. Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico. Un proveedor de la red debe trabajar con Wellpoint STAR+PLUS MMP para garantizar que usted no tenga que pagar ningún costo por adelantado por vacunas de Medicare Parte D.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

G2. Lo que usted paga por vacunaciones de Medicare Parte D

El monto que usted paga por una vacunación depende del tipo de vacuna (para qué se la administran).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas se cubren sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Es posible que deba pagar un copago por las vacunas de Medicare Parte D. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP)**, no le costará nada.

A continuación, le indicamos tres formas comunes en que puede recibir una vacunación de Medicare Parte D.

1. Obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia de la red y le administran la inyección en la farmacia.

Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

2. Obtiene la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico y este le administra la inyección.

Usted le pagará un copago al médico por la vacuna.

Nuestro plan pagará el costo de la administración de la inyección.

En este caso, deben llamarnos desde el consultorio del médico, de modo que podamos asegurarnos de que ellos sepan que usted solo tiene que pagar un copago por la vacuna.

3. Compra la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la administre.

Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.

Para otras vacunas de la Parte D, pagará un copago por la vacuna.

Nuestro plan pagará el costo de aplicarle la vacuna.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitarnos el pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de 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 los servicios o medicamentos.....	158
B. Cómo enviar una solicitud de pago	160
C. Decisiones de cobertura.....	161
D. Apelaciones.....	162

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

A. Cómo solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos

Los proveedores de la red deben facturarle al plan los servicios y medicamentos que usted ya recibió. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico.

Si recibe una factura por el costo total del cuidado médico o de los medicamentos, envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la página 153.

- Si los medicamentos o servicios están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y ya pagó un monto mayor al de su parte del costo, tiene derecho a que le devuelvan el dinero.
- Si los medicamentos o servicios **no** están cubiertos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros o con su Coordinador de servicios si tiene alguna pregunta. Si no sabe lo que debe haber pagado, o si recibió una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

Estos son ejemplos de momentos en los que puede tener que pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero o pague una factura que recibió:

1. Cuando recibe cuidado médico de emergencia o necesario de forma urgente proporcionado por un proveedor fuera de la red

Debería pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si paga el monto completo al momento de recibir el cuidado médico, debe pedirnos que le devolvamos el dinero. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide un pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado el servicio, le devolveremos el dinero a usted.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



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 del miembro de Wellpoint STAR+PLUS MMP cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. Una facturación incorrecta es una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a usted más que el monto de los costos compartidos del plan por los servicios. **Llame a Servicios para Miembros si usted recibe una factura.**

- Debido a que Wellpoint STAR+PLUS MMP paga el costo total de sus servicios, usted no es responsable de ningún pago. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red por un monto superior a lo que usted cree que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya ha pagado una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y los comprobantes de cualquier pago que haya hecho. Le reembolsaremos sus servicios cubiertos.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total del medicamento recetado.

- Podemos cubrir recetas abastecidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le devolvamos nuestra parte del costo.
- Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

4. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva con usted la tarjeta de identificación del miembro

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le devolvamos nuestra parte del costo.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado que no está cubierto

Usted puede pagar el costo total del medicamento recetado porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento podría no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos) del plan o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que cree que no debería aplicarse en su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
 - Si no paga el medicamento, pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
 - Si usted, su médico u otro profesional que receta consideran que usted necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el Capítulo 9).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, podemos necesitar obtener más información de su médico o profesional que receta con el fin de devolverle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento debería cubrirse. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, podrá apelar nuestra decisión.

Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de los pagos que haya efectuado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es conveniente hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su Coordinador de servicios.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para hacer su solicitud de pago.

- No es obligación completar el formulario, pero si lo hace, nos ayudará a procesar la información más rápido.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Para obtener una copia del formulario, visite nuestro sitio web (www.wellpoint.com/tx/mmp) o llame a Servicios para Miembros y solicítela.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Parte D:

CarelonRx

ATTN: Claims Department - Part D Services

PO Box 52077

Phoenix, AZ 85072-2077

Parte C:

Wellpoint MMP Claims Services

PO Box 61010

Virginia Beach, VA 23466-1010

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si su cuidado médico o su medicamento está cubierto por el plan. También decidiremos sobre el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el cuidado médico o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos que nos proporcione información adicional.
- Si decidimos que el cuidado médico o medicamento está cubierto y usted siguió las normas para recibirlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

En el Capítulo 3, se explican las normas para que los servicios estén cubiertos. En el Capítulo 5, se explican las normas para que los medicamentos recetados de Medicare Parte D estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta en la que se le explicará la razón. En la carta también se explicarán sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que debe pagar.

El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si quiere presentar una apelación para que le devolvamos el dinero por un servicio de cuidado médico, consulte la página 209.
- Si quiere presentar una apelación para que le devolvamos el dinero por un medicamento, consulte la página 209.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs	164
B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	166
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI).....	168
C1. Cómo protegemos su PHI	168
C2. Tiene derecho a consultar su historia clínica.....	168
D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, los proveedores de la red y sus servicios cubiertos.....	174
E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente	175
F. Su derecho a retirarse del plan	175
G. Su derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado médico.....	176
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones sobre su cuidado médico	176
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de cuidado médico por usted mismo	177
G3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones.....	178
H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado.....	179
H1. Qué debe hacer si considera que lo han tratado de manera injusta o desea obtener más información sobre sus derechos	179
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	180

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

A. 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.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. You can get this document for free in other languages and formats, such as Spanish, large print, braille, or audio. Call Member Services at the number listed on the bottom of this page.

When calling, let us know if you want this to be a standing order. That means we will send the same documents in your requested format and language every year.

You can also call us to change or cancel a standing order. You can also find your documents online at www.wellpoint.com/tx/mmp.

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 call Texas Medicaid directly for help with problems. Here are two ways to get help from Texas Medicaid:
 - Call 1-800-252-8263 or 2-1-1. TTY users should call 1-800-735-2989 or 7-1-1. The call is free.
 - Visit the Texas Medicaid website at <http://www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home>.
 - Office of Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Su derecho a recibir información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted sea parte de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos e idiomas, como en español, en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al número que está en la parte inferior de esta página.

Cuando llame, indique si su solicitud es permanente. Eso quiere decir que le enviaremos los mismos documentos en el formato e idioma solicitados todos los años.

También puede llamarnos para cambiar o cancelar la solicitud permanente. También puede encontrar los documentos en línea en www.wellpoint.com/tx/mmp.

- Si tiene problemas para recibir información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar un reclamo, llame a 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 llamar directamente a Texas Medicaid para obtener ayuda con sus problemas. Aquí hay dos maneras de obtener ayuda de Texas Medicaid:
 - Llame al 1-800-252-8263 o al 2-1-1. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989 o al 7-1-1. La llamada es gratuita.
 - Visite el sitio web de Texas Medicaid www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene el derecho a una oportunidad razonable de elegir un plan médico y un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico.
- El PCP es el médico o proveedor de cuidados médicos que usted consultará la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Puede encontrar más información acerca de cómo elegir un proveedor de atención primaria en el Capítulo 3.
 - Llame a Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Usted tiene el derecho a cambiar de plan o de proveedor de una forma razonablemente fácil. Eso incluye el derecho a:
 - Que le informen cómo elegir y cambiar de plan médico y de PCP.
 - Elegir cualquier plan médico que desee y que esté disponible en su área, y elegir su PCP de ese plan.
 - Que le informen la frecuencia con que puede cambiar de plan.
 - Que le informen sobre otros planes disponibles en su área.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin una referencia. Una referencia es una aprobación de su PCP para consultar a un proveedor que no sea su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas.
 - Si no puede recibir servicios dentro de un tiempo razonable, debemos pagar el cuidado fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidado necesario de forma urgente sin una aprobación previa (PA).

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de la red, sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- Tiene derecho a aceptar un tratamiento o rechazarlo, y a tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Eso incluye el derecho a:
 - Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir qué cuidado médico es mejor para usted.
 - Aceptar o rechazar el cuidado médico recomendado por su proveedor.
- Tiene derecho a acceder oportunamente a la atención sin barreras de comunicación ni de acceso físico. Eso incluye el derecho a:
 - Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o de urgencia que necesite.
 - Recibir cuidado médico de manera oportuna.
 - Entrar al consultorio de un proveedor de cuidados médicos y salir de este. Si tiene alguna discapacidad o condición que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.
 - Contar con intérpretes, si es necesario, durante las citas con los proveedores y al comunicarse con su plan médico. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayudan a entender la información.
 - Recibir información que pueda entender sobre las normas del plan médico, incluidos los servicios médicos que puede obtener y cómo hacerlo.

En el Capítulo 9, se describe lo que puede hacer si piensa que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. En el Capítulo 9, se describe lo que puede hacer si le hemos negado la cobertura para sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con la decisión.



Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

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

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

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

Usted tiene derechos relacionados con su información y para controlar cómo se utiliza su PHI. Nosotros le entregamos una notificación escrita en la que se informan estos derechos. Se llama “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 ninguna persona sin autorización vea o modifique sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinda atención ni paga los costos de esta. Si lo hacemos, debemos obtener su permiso por escrito primero. El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o por alguien que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

Hay ciertos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por ley.

- Debemos divulgar PHI a agencias del gobierno que controlan la calidad del cuidado médico.
- Debemos proporcionar su PHI a Medicare. Si Medicare la divulga con fines de investigación o para otros usos, lo hará de conformidad con las leyes federales. También estamos obligados a compartir su historia clínica con Texas Medicaid.

C2. Tiene derecho a consultar su historia clínica

Usted tiene derecho a ver su historia clínica y a obtener una copia de esta.

Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de cuidados médicos para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber si se ha compartido su PHI con otras personas y la manera en que se hizo.

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

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Pueden hacerse modificaciones a este aviso. Para asegurarse de que está consultando la versión más reciente, puede solicitar la versión actual a Servicios para Miembros (el número de teléfono figura en la parte inferior de esta página) o visitar nuestro sitio web en www.wellpoint.com/tx/mmp.

Wellpoint STAR+PLUS MMP (Plan Medicare-Medicaid)

Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA

La fecha original de entrada en vigencia de este aviso fue el 14 de abril de 2003. Este aviso se revisó por última vez en mayo de 2023.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

La información sobre su salud y sus beneficios de salud es privada. La ley establece que debemos mantener este tipo de información, llamada PHI, protegida para nuestros miembros. Eso significa que, si usted es miembro en este momento o si lo fue, su información está segura.

Obtenemos información sobre usted de agencias estatales para Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Niños una vez que usted es elegible y se inscribe en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para poder aprobar y pagar su cuidado médico.

La ley federal dice que debemos informarle qué debemos hacer para proteger la PHI que se nos proporciona por teléfono o por escrito o que se almacena en una computadora. También tenemos que decirle cómo la protegemos. Para proteger la PHI, hacemos lo siguiente:

- Información en papel:
 - Mantenemos bajo llave nuestras oficinas y nuestros archivos
 - Destruimos el papel con información de salud para que nadie acceda a ella
- Información almacenada en una computadora:
 - Usamos contraseñas de forma que solo las personas autorizadas puedan acceder
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas
- Información usada o compartida por el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el estado:
 - Implementamos normas para mantener la información segura (llamadas políticas y procedimientos)
 - Enseñamos a las personas que trabajan con nosotros a cumplir con las normas

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

Si usted nos autoriza, podemos compartir su PHI con su familia o con una persona que elija para que le ayude con su cuidado médico o lo pague. A veces, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su cuidado médico (tratamiento)**
 - Para ayudar a que los médicos, hospitales y otros proveedores le proporcionen el cuidado que necesita
- **Por razones de pago**
 - Para compartir la información con los médicos, las clínicas y otros proveedores que nos facturen por su cuidado
 - Cuando decimos que pagaremos el cuidado médico o los servicios antes de que los reciba
 - Para darle apoyo y ayudarle a obtener los beneficios disponibles
- **Por razones comerciales de cuidado de salud (operaciones)**
 - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas

Podemos obtener su PHI de distintas fuentes y entregar su PHI en intercambios de información de salud para pagos, tratamientos y operaciones médicas. Si no quiere que hagamos esto, visite <https://www.wellpoint.com/privacy> para obtener más información.
- **Por razones de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se lastimen
- **Con personas que ayuden con su cuidado o lo paguen**
 - Si usted nos autoriza, con su familia o con una persona que elija para que le ayude con su cuidado médico o lo pague
 - Con una persona que ayude con su cuidado médico o lo pague, en el caso de que usted no pueda expresarse por sí mismo y esta sea la mejor opción

Debemos obtener su consentimiento por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no sea su cuidado médico, pagos, actividades diarias, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que obtener su consentimiento por escrito antes de compartir informes de psicoterapia de su médico sobre usted. También necesitaríamos su consentimiento por escrito si fuéramos a vender su PHI o a usarla o compartirla para fines de comercialización.

Usted puede informarnos por escrito que quiere revocar su consentimiento por escrito. No podemos recuperar la información ya usada o compartida cuando obtuvimos su consentimiento. Pero dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711)

de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Otras formas en las que podemos usar su PHI, o en que la ley nos obliga a hacerlo:

- Para ayudar a la policía y demás personas que garantizan el cumplimiento de la ley
- Para reportar abuso y descuido
- Para responder documentos legales, como órdenes judiciales
- Para dar información a los organismos de supervisión de salud por temas como auditorías o exámenes
- Para informar a médicos forenses, examinadores médicos o directores funerarios su nombre y la causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido donar sus órganos a la ciencia
- Para investigación
- Para evitar que usted u otros se enfermen o lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con determinadas tareas, como ayudar a veteranos con los beneficios
- Para entregar información pertinente a la compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

¿Cuáles son sus derechos?

- Puede pedir consultar su PHI y obtener una copia de dicha información. Tendremos 30 días para enviársela. En caso de que necesitemos más tiempo, debemos informárselo. No obstante, no tenemos su historia clínica completa. **Si quiere una copia de su historia clínica completa, pídasela a su médico o clínica médica.**
- Puede pedirnos que cambiemos la historia clínica que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información. Tendremos 60 días para enviársela. En caso de que necesitemos más tiempo, debemos informárselo.
- A veces, puede pedirnos que no divulguemos su PHI. Pero no estamos obligados a aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a otra dirección que no sea la que tenemos registrada o de alguna otra forma. Podemos hacer esto si enviarla a la dirección que tenemos podría ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos de todas las veces que hemos compartido su PHI con otra persona en los últimos seis años. Esto no incluirá las veces que la hayamos compartido por motivos de cuidado médico, pagos, actividades diarias de cuidado médico o algunas otras razones que no mencionamos aquí. Tendremos 60 días para enviársela. En caso de que necesitemos más tiempo, debemos informárselo.
- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya pedido este por correo electrónico.
- Si usted paga la factura completa de un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información acerca de ese servicio con nosotros.

¿Cuáles son nuestras obligaciones?

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Debemos informarle lo que la ley dice que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Debemos enviarle su PHI a otra dirección o por otro medio que no sea el correo regular si usted lo pide por motivos razonables; por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales establecen que tenemos que hacer más de lo aquí señalado, obedeceremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha violado su PHI.

Cómo podemos comunicarnos con usted

Nosotros, así como nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o una voz artificial.

Lo hacemos únicamente conforme a los lineamientos de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas pueden ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud. Si no quiere que nos comuniquemos con usted por teléfono, dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio.

También puede llamar al 844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras normas de privacidad o desea ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784**. Si usted es sordo o tiene dificultad auditiva, llame al **TTY 711**.

Para ver más información

Para leer más sobre cómo recopilamos y usamos su información, sus derechos de privacidad y detalles sobre otras leyes de privacidad estatales y federales, visite nuestra página web de Privacidad en <https://www.anthem.com/privacy/>.

¿Qué debe hacer si tiene una queja?

Estamos aquí para ayudarle. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nada malo le sucederá si presenta una queja.

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young St., Suite 106
Dallas, TX 75202
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 202-619-3818

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Nos reservamos el derecho a modificar este aviso sobre la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la forma en que mantenemos segura su PHI. Si lo hacemos, le informaremos sobre los cambios en un boletín. También los publicaremos en el sitio web <https://www.anthem.com/privacy/>.

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso sobre la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la forma en que mantenemos segura su PHI. Si lo hacemos, le informaremos sobre los cambios en un boletín. También los publicaremos en el sitio web www.wellpoint.com/privacy

Raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Podemos inferir, recibir y/o mantener información sobre su raza, origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género. Protegemos esta información como se describe en este aviso.

Usamos esta información para:

- Garantizar que usted reciba el cuidado que necesita
- Crear programas para mejorar los resultados de salud
- Desarrollar y enviar información de educación sobre salud
- Informar a los médicos sobre sus necesidades en cuanto al idioma
- Proporcionar servicios de interpretación y traducción

No usamos esta información para:

- Emitir seguros médicos
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar los beneficios
- Compartirla con usuarios no autorizados

Su información personal

Como explicamos en este aviso, podemos pedir, utilizar y divulgar información personal (PI). Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Por lo general, se pide por razones relacionadas con el seguro. La PI puede incluir diferentes cosas como nombres de usuario y contraseñas de sitios web que usa, números de cuentas bancarias y su historial laboral. Su PI puede ser la misma que su PHI si se relaciona con su cuidado de salud o su plan médico. Protegemos su PI y su PHI como mencionamos en este aviso.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre:
 - Su salud
 - Sus hábitos
 - Sus pasatiempos
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
 - Médicos
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra compañía sin su aprobación.
- En los casos en que debamos darle la oportunidad de negarse, se lo informaremos antes de hacerlo.
- Le indicaremos cómo informarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

Esta información se encuentra disponible de manera gratuita en otros idiomas.

Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros llamando al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local.

Revisado en mayo de 2023

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, los proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Como miembro de Wellpoint STAR+PLUS MMP, tiene derecho a obtener información de nosotros. Si usted no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de intérprete para contestar cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan médico. Para obtener servicios de un intérprete, llámenos al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Este servicio es gratuito. Puede obtener el material escrito en español. También podemos proporcionarle información en letra grande, Braille o audio.

Llame a Servicios para Miembros si desea información sobre lo siguiente:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, esto incluye:
 - información financiera
 - cómo han calificado el plan los miembros
 - la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros
 - como retirarse del plan
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, esto incluye:
 - cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria
 - las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red
 - cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, que se encuentra en el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en www.wellpoint.com/tx/mmp.
- Los servicios (consulte los Capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6) cubiertos y las normas que debe seguir, incluido lo siguiente:
 - servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - límites de la cobertura y medicamentos
 - normas que debe cumplir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), como solicitarnos:
 - que le expliquemos por escrito los motivos por los que algo no está cubierto
 - que cambiemos una decisión que tomamos
 - que paguemos una factura que usted recibió

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores en nuestra red no pueden cobrarle los servicios cubiertos. Ellos tampoco pueden cobrarle si pagamos menos de lo que el proveedor nos cobró. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7.

F. Su derecho a retirarse del plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no quiere. Puede retirarse del plan en cualquier momento durante el año.

- Tiene derecho a recibir la mayoría de los servicios médicos a través de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.
- Puede obtener sus beneficios para medicamentos recetados de Medicare Parte D con un plan de medicamentos recetados o un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de beneficios de medicamentos recetados.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Si se retira del plan, seguirá obteniendo los beneficios de Texas Medicaid a través de Wellpoint u otra organización de atención administrada de Texas Medicaid. Para cambiar de plan, llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 (TTY: 711 o 1-800-735-2989) de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro.

G. Su derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado médico

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones sobre su cuidado médico

Usted tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidados médicos. Los proveedores deben explicar su condición y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda entender. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamientos.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre los posibles riesgos. Se le debe informar por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidirse por un tratamiento.
- **Decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no será expulsado del plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra.
- **Solicitar que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor denegó la atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le demos una explicación si un proveedor ha denegado atención que usted considera que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que se denegó o que no suele tener cobertura.** Esto se denomina decisión de cobertura. En el Capítulo 9, se indica cómo pedir al plan una decisión de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de cuidado médico por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su cuidado médico por sí solas. Antes de que esto suceda, usted puede:

- Completar un formulario para **cederle a alguien el derecho de tomar decisiones de cuidado médico por usted**.
- **Darle a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que manejen su cuidado médico si ya no puede tomar decisiones por usted mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar las instrucciones se denomina directiva anticipada. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son el testamento vital y el poder legal para cuidado médico.

No tiene obligación de usar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede solicitar un formulario a su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que proporcionan información sobre Medicare o Texas Medicaid, como las Agencias del área especializadas en la tercera edad (AAA), el Programa de Defensa y Consejería de la Información de Salud (HICAP) o la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas también pueden tener formularios de directiva anticipada.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que necesitan estar al tanto.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted. Quizás desee también darles copias a amigos o familiares cercanos. Guarde una copia en su casa.
- Si va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo lleva con usted.

Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es usted quien decide si quiere completar una directiva anticipada o no.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

G3. Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja:

Queja contra los centros de cuidado médico

Línea directa de quejas: 1-800-458-9858

Dirección postal:

Health and Human Services Commission

Complaint and Incident Intake

Mail Code E-249

PO Box 149030

Austin, TX 78714-9030

Queja contra centros de tratamiento para narcóticos o por abuso de sustancias

Línea directa de quejas: 1-512-834-6650 Opción 8

Dirección postal:

Health and Human Services Commission

Complaint and Incident Intake

Mail Code E-249

PO Box 149030

Austin, TX 78714-9030

Queja contra médicos

Línea directa de quejas: 1-800-201-9353

Dirección postal:

Texas Medical Board

Investigations Department

Mail Code 263

PO Box 2018

Austin, TX 78768-2018

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

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

En el Capítulo 9, se indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes sobre sus servicios o cuidado cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación ante nosotros para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Tiene derecho a una audiencia imparcial del estado en cualquier momento.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros.

Tiene derecho a recibir una respuesta oportuna a una queja.

H1. Qué debe hacer si considera que lo han tratado de manera injusta o desea obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo han tratado de manera injusta, y **no** se trata de un caso de discriminación por los motivos que figuran en el Capítulo 11, o si quiere obtener más información sobre sus derechos, puede contactarse con las siguientes entidades para solicitar ayuda:

- Servicios para Miembros.
- El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Consejería de la Información de Salud (HICAP) de Texas. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar el documento “Derechos y protecciones de Medicare” en el sitio web de Medicare www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
- La Oficina del Defensor de la HHSC ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid a resolver problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan. La Oficina del Defensor de la HHSC es un programa independiente y los servicios son gratuitos.
 - **Llame al:** 1-866-566-8989 (TTY: 1-800-735-2989. Este número es para personas con problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo de teléfono especial para llamar a este número).

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- **Escriba a:** Texas Health and Human Services Commission
Office of the Ombudsman, MC H-700
PO Box 13247
Austin, TX 78711-3247
- **En línea:** <https://hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/hhs-office-ombudsman>

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de realizar lo que se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Lea el *Manual del miembro*** para saber qué está cubierto y qué normas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para conocer más detalles sobre:
 - Los servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. En esos capítulos, se indica lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que usted paga.
 - Los medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando recibe cuidado médico. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de cuidados médicos** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a que sus médicos** y otros proveedores de cuidados médicos le den la mejor atención.
 - Proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Infórmese todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus proveedores acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas. Sus médicos y otros proveedores deben explicar las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta, pregunte nuevamente.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores. Esperamos que cancele sus citas con anticipación cuando no pueda ir y que vaya a sus citas programadas.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de efectuar los siguientes pagos:
 - Las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Wellpoint STAR+PLUS MMP, Texas Medicaid paga las primas de la Parte A y la Parte B.
 - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento.
- **Díganos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Wellpoint STAR+PLUS MMP. En el Capítulo 1, se indica nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el periodo de inscripción especial, usted puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - Además, asegúrese de informarle a Medicare y Texas Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de Medicare y Texas Medicaid.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, igualmente necesitamos saberlo.** Debemos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.
- Respete las políticas y procedimientos del plan médico. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Asegurarse de contar con la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de ir a un especialista.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Debe compartir información acerca de su salud con su proveedor de atención primaria e informarse sobre sus opciones de servicio y tratamiento. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
 - Trabajar en equipo con su Coordinador de servicios para decidir cuál es el mejor cuidado médico para usted.
- Usted es responsable del uso de los servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT). Eso incluye la responsabilidad de:
 - Proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o confirma el transporte. (También debe comunicarse con esta persona en cuanto sea posible si hay algún cambio o ya no necesita los servicios de NEMT).
 - Cumplir con las normas y regulaciones sobre los servicios de NEMT.
 - Ser respetuoso. (No acosar a nadie ni abusar física, sexual o verbalmente de nadie cuando solicita o recibe servicios de NEMT).
 - Devolver los fondos adelantados que no utilizó. (Proporcionar pruebas de que asistió a la cita médica antes de recibir fondos adelantados en el futuro).
 - Guardar bien los pasajes o pases de autobús. (No perderlos. Usar los pasajes o pases de autobús solo para ir a las citas médicas y devolver los que no usa).
 - Usar los servicios de NEMT **solo** para viajes de ida y vuelta a las citas médicas.
 - Comuníquese de inmediato con la línea de servicios de NEMT llamando al 1-844-869-2767 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local si pierde o le roban los pasajes de transporte público.
- Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame al número gratuito del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede consultar información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea, en www.hhs.gov/ocr.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

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

Introducción

Este capítulo tiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene alguna queja o algún problema relacionados con su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan ha tomado acerca de su cuidado.
- Piensa que sus servicios cubiertos terminan demasiado pronto.

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

Si se enfrenta a un problema relacionado con su salud o con los servicios y apoyos a largo plazo

Usted debe recibir cuidado de salud, medicamentos y servicios y aparatos de apoyo de largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar a la Oficina del Defensor de la HHSC al 1-866-566-8989 para obtener ayuda.** Este capítulo explica las opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar a la Oficina del Defensor de la HHSC para obtener ayuda con su problema.

Si quiere conocer recursos adicionales para abordar sus inquietudes y cómo contactarse con ellos, consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas de defensoría.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema	186
A1. Acerca de los términos legales.....	186
B. Dónde puede llamar para obtener ayuda	186
B1. Dónde puede obtener más información y ayuda.....	186
C. Problemas con sus beneficios.....	187
C1. Uso del procedimiento para decisiones de cobertura y apelaciones, o para presentar una queja.....	187
D. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	188
D1. Visión general de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	188
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	189
D3. Cómo utilizar la sección de este capítulo que lo ayudará	190
E. Problemas relacionados con los servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D).....	191
E1. Cuándo usar esta sección	191
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura.....	193
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	195
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)	199
E5. Problemas de pago	204
F. Medicamentos de la Parte D	205
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D.....	205
F2. Qué es una excepción.....	208
F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones	209

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

F4. Cómo pedir una decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción	210
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	213
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D	216
G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más larga	217
G1. Más información sobre sus derechos de Medicare	218
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital	219
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital	221
G4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para la apelación?	222
H. Qué debe hacer si considera que el cuidado médico en el hogar, el cuidado especializado de enfermería o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto	224
H1. Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura	225
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado	225
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su cuidado	227
H4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?	228
I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	230
I1. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicare	230
I2. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Texas Medicaid	231
J. Cómo presentar una queja	231
J1. Qué tipos de problemas deben considerarse quejas	231
J2. Quejas internas	233
J3. Quejas externas	234

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

A. Qué debe hacer si tiene un problema

En este capítulo se le indica qué debe hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pago. Medicare y Texas Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nuestro plan deben cumplir.

A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales difíciles para algunas normas y plazos en este capítulo. Varios de estos términos pueden ser difíciles de entender; por eso, hemos usado vocabulario sencillo en lugar de ciertos términos legales. Hemos reducido en lo posible el uso de abreviaciones.

Por ejemplo, diremos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgos” o “determinación sobre la cobertura”
- “Decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con más claridad. Es por eso que también los proporcionamos.

B. Dónde puede llamar para obtener ayuda

B1. Dónde puede obtener más información y ayuda

Algunas veces puede ser confuso iniciar o dar seguimiento al proceso para tratar un problema. En especial, puede ser confuso si no se siente bien o se siente agotado. En otras ocasiones, tal vez no sepa cómo seguir adelante.

Puede recibir ayuda de la Oficina del Defensor de la HHSC

Si necesita ayuda, siempre puede llamar a la Oficina del Defensor de la HHSC. La Oficina del Defensor de la HHSC puede responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para manejar su problema. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas de defensoría.

La Oficina del Defensor de la HHSC no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan médico. Puede ayudarle a entender qué proceso utilizar. El número de teléfono de la Oficina del Defensor de la HHSC es 1-866-566-8989. Los servicios son gratuitos.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Puede recibir ayuda del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

Puede llamar también a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). Los consejeros del SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para resolver su problema. El SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan médico. El SHIP tiene consejeros capacitados y sus servicios son gratuitos. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Consejería de la Información de Salud (HICAP). El número de teléfono del HICAP es 1-800-252-3439 y el sitio web es <https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede comunicarse directamente con Medicare para que le ayuden a resolver problemas. Estas son dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, 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.

Cómo obtener ayuda de Texas Medicaid

Puede llamar directamente a Texas Medicaid para recibir ayuda para sus problemas. Estas son dos maneras de obtener ayuda de Texas Medicaid:

- Llame al 1-800-252-8263 o al 2-1-1. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989 o al 7-1-1. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Texas Medicaid en www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home.

C. Problemas con sus beneficios

C1. Uso del procedimiento para decisiones de cobertura y apelaciones, o para presentar una queja

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El cuadro a continuación le ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo en caso de tener problemas o quejas.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



<p>¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura?</p> <p>(Esto incluye problemas relacionados con determinar si ciertos medicamentos recetados o cuidado médico están cubiertos o no, de qué forma se cubren y problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados o del cuidado médico).</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página 188.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura.</p> <p>Salte a la Sección J: “Cómo presentar una queja” en la página 231.</p>

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Visión general de las decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura. También incluye problemas con el pago.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura, o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura 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 Texas Medicaid, pueden solicitar una decisión de cobertura antes de que su médico le proporcione el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podemos decidir que el servicio, artículo o medicamento que desea no está cubierto o que dejó de estar cubierto por Medicare o Texas Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

¿A quién puedo llamar para obtener ayuda con las decisiones de cobertura o la presentación de una apelación?

Puede pedir ayuda a las siguientes personas:

- Llame a **Servicios para Miembros** al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).
- Llame a la **Oficina del Defensor de la HHSC** para recibir ayuda gratuita. La Oficina del Defensor de la HHSC ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid con problemas relacionados con servicios o facturación. El número de teléfono es 1-866-566-8989.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)** para recibir ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No tiene relación con este plan. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Consejería de la Información de Salud (HICAP). El número de teléfono es 1-800-252-3439.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe por usted. Puede designar a otra persona para que sea su “representante” en la solicitud de una decisión de cobertura o la presentación de una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y pida el formulario de “Designación de Representante”.
 - También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le dará a la persona la autorización para actuar por usted. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su abogado o solicitar que le recomienden uno en el colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos de servicios legales le ofrecerán asistencia legal gratuita si reúne los requisitos. Si quiere que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de Representante.
 - Sin embargo, **no es necesario que cuente con un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o presentar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

D3. Cómo utilizar la sección de este capítulo que lo ayudará

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Dividimos este capítulo en diferentes secciones para que pueda encontrar las normas que debe cumplir. **Solo debe leer la sección que corresponde a su problema:**

- En la **Sección E, página 191**, se le brinda información si tiene problemas con respecto a servicios, artículos y medicamentos (pero **no** medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - No está recibiendo el cuidado médico que desea y cree que nuestro plan cubre este cuidado.
 - No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico desea darle y usted cree que este cuidado debe estar cubierto.
 - **NOTA:** Solo consulte la Sección E si los medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada Lista de medicamentos, marcados con un asterisco (*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 205 para apelaciones de medicamentos de la Parte D.
 - Recibió cuidado o servicios médicos que piensa que deberían estar cubiertos, pero no pagamos esta atención.
 - Recibió y pagó servicios médicos o artículos que pensó que estaban cubiertos y desea solicitarnos que le devolvamos el dinero.
 - Se le informa que la cobertura del cuidado médico que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá y no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para cuidado hospitalario, cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada (SNF) o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de cuidado. Consulte las Secciones G y H en las páginas 217 y 224.
 - Es posible que se desestime su solicitud de decisión de cobertura. Esto significa que no revisaremos la solicitud. Estos son ejemplos de cuándo podemos desestimar su solicitud: si está incompleta; si alguien hace la solicitud por usted, pero no nos ha entregado una constancia de que usted le dio el permiso para que así se haga; o si pide que su solicitud sea retirada. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- En la **Sección F, página 205**, se le brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - Desea pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
 - Desea solicitarnos que ignoremos los límites en cuanto a la cantidad de medicamento que usted puede recibir.
 - Desea pedirnos que cubramos un medicamento que requiere autorización previa (PA).
 - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted, su médico u otro profesional que receta cree que deberíamos haberlo hecho.
 - Desea solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que ya ha adquirido. (Esto es solicitar una decisión de cobertura relacionada con el pago).
- En la **Sección G, página 217**, se le brinda información sobre cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si piensa que el médico le está dando de alta muy pronto. Use esta sección si:
 - Está en el hospital y cree que el médico le dio el alta demasiado pronto.
- En la **Sección H, página 224**, se le brinda información si considera que el cuidado médico en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada y los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están finalizando demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: 711).

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a la Oficina del Defensor de la HHSC al 1-866-566-8989.

E. Problemas relacionados con los servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección describe qué hacer si tiene problemas con los beneficios para sus servicios médicos, de salud conductual y de cuidado a largo plazo. También puede usar esta sección si tiene problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de Medicare Parte B. Los medicamentos en la Lista de medicamentos marcados con un asterisco (*) **no** están cubiertos por la Parte D. Vea la Sección F para apelaciones de medicamentos de la Parte D.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones que se describen a continuación:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud conductual o de cuidado a largo plazo que usted necesita, pero que no está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 193 para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico desea proporcionarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la Sección E3 en la página 195 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 en la página 195 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó servicios o artículos que pensó que estaban cubiertos y desea que le reembolsemos los servicios o artículos.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero. Consulte a la sección E5 en la página 204 para obtener información sobre cómo solicitarnos un pago.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para un determinado servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir, cambiar o suspender el servicio. Consulte la Sección E3 en la página 195 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para cuidado hospitalario, cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada (SNF) o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican normas especiales. Lea las Secciones G o H en las páginas 217 y 224 para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para recibir servicios médico, de salud conductual o de cuidado 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 una decisión.

- Puede llamarnos al: **1-855-878-1784** (TTY: **711**).
- Puede enviarnos un fax al: 1-866-959-1537
- Puede escribirnos a: MMP Clinical Department
5959 Corporate Drive, Suite 1300
Houston, TX 77036

¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, demora hasta tres días hábiles después de que la solicitó, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de Medicare Parte B. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, tomaremos una decisión, a más tardar 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de tres días hábiles (o 72 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B), puede presentar una apelación.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si necesita una respuesta más rápida debido a su estado de salud, pídanos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Si aprobamos la solicitud, le avisaremos de nuestra decisión en 1 día hábil (o en 24 horas para un medicamento recetado de Medicare Parte B).

El **término legal** para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación acelerada**”.

Cómo pedir 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 solicitarnos que cubramos la atención que desea.
- Puede llamarnos al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) o enviarnos un fax al 1-866-959-1537. Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2.
- También puede pedirle a su médico o representante que nos llame.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Estas son las normas para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura:

Debe cumplir con los siguientes dos requisitos para obtener una decisión rápida sobre la cobertura:

1. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si solicita cobertura para cuidado médico o un artículo que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura si su solicitud es para el pago de cuidado médico o un artículo que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si el plazo límite estándar de tres días hábiles (o de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B) podría perjudicar gravemente su salud o sus capacidades funcionales**.
 - Si su médico dice que usted necesita una decisión rápida sobre la cobertura, se la concederemos automáticamente.
 - Si pide una decisión rápida sobre la cobertura, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si le damos una decisión rápida sobre la cobertura.
 - Si decidimos que su salud no justifica una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta. También utilizaremos el plazo estándar de tres días hábiles (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B).
 - En esta carta, se le informará que si su médico pide la decisión rápida sobre la cobertura, se la daremos automáticamente.
 - En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra determinación de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 231.

Si la decisión de cobertura es negativa, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **negativa**, le enviaremos una carta en la que le indicaremos los motivos de la **denegación**.

- Si **denegamos** la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación implica solicitarnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que estará pasando al Nivel 1 del proceso de apelación (lea la siguiente sección para obtener más información).

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar a la Oficina del Defensor de la HHSC al 1-866-566-8989. La Oficina del Defensor de la HHSC no está relacionada con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan médico.

¿Qué es una apelación de Nivel 1?

Una apelación de Nivel 1 es la primera apelación ante nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para saber si es correcta. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión de cobertura original. Cuando terminemos la revisión, le informaremos nuestra decisión por escrito.

Si luego de nuestra revisión le informamos que el servicio o artículo no está cubierto, su caso puede referirse a una apelación de Nivel 2.

¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante debe comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por las apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Puede solicitarnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o rápida, hágalo por escrito o llámenos.

Resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden poner por escrito su solicitud y enviarla por correo o fax. También puede pedir una apelación llamándonos.

- Solicite la apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si no cumple con el plazo por un buen motivo, aún puede presentar una apelación.
- Si apela porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente cambiará o se interrumpirá, **tiene menos días para presentar la apelación** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación.
- Siga leyendo esta sección para informarse sobre qué plazo corresponde a su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:

Wellpoint STAR+PLUS MMP - Complaints, Appeals, and Grievances

Mailstop: OH0205 A537

4361 Irwin Simpson Road

Mason, OH 45040

- También puede pedir una apelación llamándonos al **1-855-878-1784** (TTY: **711**).

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

¿Puede otra persona presentar la apelación por mí?

Sí. Su médico u otro proveedor puede presentar la apelación por usted. Además de su médico u otro proveedor, otras personas pueden presentar la apelación por usted, pero antes usted debe completar el formulario de Designación de Representante. El formulario le otorga permiso a la persona para que actúe en su nombre.

Si no recibimos este formulario y alguien está actuando en su nombre, se desestimará su solicitud de apelación. Si esto sucede, tiene derecho a que otra persona revise nuestra decisión de desestimación. Le enviaremos una notificación escrita en la que explicamos su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

Para obtener un formulario de "Designación de Representante", llame a Servicios para Miembros y solicite uno, o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o encuéntralo en nuestro sitio web en <https://www.wellpoint.com/tx/mmp/benefits/grievances-appeals.html>.

Si la apelación la realiza otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario de Designación de Representante completo para poder revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para notificarle nuestra decisión.

Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son si tuvo una enfermedad grave o si le dimos información incorrecta sobre el plazo para solicitar una apelación. Debe explicar la razón por la cual su apelación se presentó tarde cuando la presente.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



NOTA: Si apela porque le comunicamos que un servicio que recibe actualmente cambiará o se interrumpirá, **tiene menos días para presentar la apelación** si desea continuar recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación. Lea la sección “¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 1?” en la página 199 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia del expediente del caso?

Sí. Pídanos una copia gratuita llamando a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: 711).

¿Puede mi médico proporcionarles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Analizamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de cuidado médico. Luego, verificamos si seguimos todas las normas cuando **denegamos** su solicitud. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión original. Si la decisión original se basó en la falta de necesidad médica, entonces el revisor será un médico.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

¿Cuándo me enteraré de la decisión sobre una apelación “estándar”?

Le daremos una respuesta dentro de los 30 días calendario después de que recibamos su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B). Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su condición médica así lo requiere.

- Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Si decidimos que necesitamos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta en la que le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 231.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días calendario (o 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B) o antes de que finalicen los días adicionales (si los tomamos), automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Lo notificaremos cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 199.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o dar la cobertura dentro de los 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B).

Si denegamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, le explicaremos en la carta cómo usted puede presentar una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 199.

¿Cuándo me enteraré de la decisión sobre una apelación “rápida”?

Si pide una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Si decidimos demorar más días 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 solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si cree que no debemos demorar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 231.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas o al cumplirse los días adicionales (si es que los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Lo notificaremos cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 199.

Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.

Si denegamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, le explicaremos en la carta cómo usted puede presentar una apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones de Nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 199.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelaciones de Nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue aprobado previamente, le enviaremos un aviso antes de realizar la acción. Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1 y pedir la continuación de sus beneficios. Usted debe **presentar la solicitud en la fecha posterior de las que se indican a continuación o antes** a fin de que sus beneficios continúen:

- Dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha del envío por correo de nuestro aviso de acción; o
- En la fecha de entrada en vigencia pretendida de la acción.

Si cumple este plazo, puede seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se está procesando su apelación.

E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no incluye medicamentos de la Parte D)

Si el plan rechaza la apelación de Nivel 1, ¿qué sucede después?

- Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le indicará si el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare y/o Texas Medicaid.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente obtendrá una apelación de Nivel 2 ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE), en cuanto se complete la apelación de Nivel 1.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de **Texas Medicaid** puede solicitar una apelación de Nivel 2 (que se conoce como audiencia imparcial) ante la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. En la carta, se le indicará cómo hacerlo. La información también aparece a continuación.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Texas Medicaid**, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la IRE. También puede presentar una apelación de Nivel 2 (conocida como audiencia imparcial) ante la División de Apelaciones de la HHSC.

¿Qué es una apelación de Nivel 2?

Una apelación de Nivel 2 es una apelación externa, llevada a cabo por una organización independiente que no está relacionada con el plan. La organización de apelaciones de Nivel 2 de Medicare es la Entidad de Revisión Independiente (IRE). La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo. La apelación de Nivel 2 de Texas Medicaid se conoce como audiencia imparcial. Las solicitudes para una audiencia imparcial se presentan ante Wellpoint STAR+PLUS MMP, pero son revisadas por la División de Apelaciones de la HHSC.

Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Texas Medicaid.

¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 2?

Una apelación de Nivel 2 para servicios y artículos de Texas Medicaid se conoce como “audiencia imparcial”.

Si desea solicitar una audiencia imparcial, debe comunicarse con Wellpoint STAR+PLUS MMP por escrito. Enviaremos su solicitud de audiencia imparcial a la División de Apelaciones de la HHSC. Usted o su representante deben pedir una audiencia imparcial **en un plazo de 120 días** a partir de la fecha que figura en la carta donde se le informa que rechazamos su apelación de Nivel 1 ante nuestro plan. Si tiene un buen motivo para demorarse, la División de Apelaciones de la HHSC puede extender este plazo.

Envíe su solicitud por escrito por correo postal a:

Fair Hearing Coordinator

Wellpoint STAR+PLUS MMP (Medicare Medicaid Plan)

5959 Corporate Drive, Suite 1300

Houston, TX 77036

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Podemos ayudarle con esta solicitud. Si necesita una decisión rápida debido a su salud, debe llamar a Servicios para Miembros para pedir una audiencia imparcial acelerada.

Una vez que la División de Apelaciones de la HHSC reciba su solicitud de audiencia, le enviarán un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se hacen por teléfono. Durante la audiencia, usted o su representante pueden informarle al funcionario de audiencias por qué necesita el servicio que nosotros denegamos.

La División de Apelaciones de la HHSC le dará una decisión final en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que usted pidió la audiencia. Si califica para una audiencia imparcial acelerada, la División de Apelaciones de la HHSC debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas. Sin embargo, si la División de Apelaciones de la HHSC necesita recopilar más información que pueda ser beneficiosa para usted, puede demorar hasta 14 días calendario más.

Mi problema se relaciona con un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué sucederá en la apelación de Nivel 2?

Una Entidad de Revisión Independiente (IRE) realizará una revisión cuidadosa de la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe ser modificada.

- No necesita solicitar una apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier denegación (total o parcial) a la IRE. Lo notificaremos cuando esto suceda.
- La IRE es contratada por Medicare y no tiene conexión con este plan.
- Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) y pedir una copia de su expediente.

La IRE debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores al momento en que recibe su apelación por un medicamento recetado de Medicare Parte B). Esta norma se aplica si envió la apelación antes de obtener los servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda ser beneficiosa para usted, puede tomarse hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicará por medio de una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda ser beneficiosa para usted, puede tomarse hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicará por medio de una carta. La IRE no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.

¿Qué ocurre si mi servicio o artículo tiene cobertura tanto de Medicare como de Texas Medicaid?

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar cubierto por Medicare y Texas Medicaid, enviaremos automáticamente su apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial. Las solicitudes para una audiencia imparcial se presentan ante Wellpoint STAR+PLUS MMP, pero son revisadas por la División de Apelaciones de la HHSC. Siga las instrucciones de la página 199.

¿Continuarán mis beneficios durante el proceso de apelación de Nivel 2?

Si su problema tiene relación con un servicio cubierto por **Medicare o por Medicare y Texas Medicaid**, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante las apelaciones de Nivel 2.

Si su problema está relacionado con un servicio cubierto **solo por Texas Medicaid**, sus beneficios para ese servicio continuarán durante la apelación de Nivel 2 si:

- Su apelación es sobre nuestra decisión de reducir o detener un servicio que fue autorizado previamente; y
- Usted solicita una apelación de Nivel 2 (audiencia imparcial) dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha de la carta en la que le informamos que denegamos su apelación de Nivel 1 o antes de la fecha de entrada en vigencia pretendida de la acción, lo que suceda más tarde.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su apelación de Nivel 2 (audiencia imparcial) pasó a la División de Apelaciones de la HHSC, recibirá una notificación escrita de la decisión de la audiencia.

- Si la División de Apelaciones de la HHSC **acepta** parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos autorizar la cobertura en el plazo de las 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la audiencia.
- Si la División de Apelaciones de la HHSC **rechaza** parte o la totalidad de lo que usted solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se conoce como “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazo de la apelación”.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Si su apelación de Nivel 2 fue a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), le enviarán una carta que explica su decisión.

- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico en un plazo de 72 horas o brindarle el servicio o artículo dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico o proporcionar el servicio o artículo en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- En el caso de los medicamentos recetados de Medicare Parte B, si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que usted solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar o proporcionar los medicamentos recetados de Medicare Parte B dentro de las 72 horas después de recibir la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionarle el medicamento recetado de Medicare Parte B en un plazo de 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE **rechaza** parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se conoce como “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazo de la apelación”.

¿Qué ocurre si apelé ante la Entidad de Revisión Independiente y ante la División de Apelaciones de la HHSC, y toman decisiones diferentes?

Si la Entidad de Revisión Independiente o la División de Apelaciones de la HHSC deciden que **aceptan** parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le proporcionaremos el servicio o artículo aprobado que sea lo más cercano a lo que solicitó en su apelación.

Si se rechaza parte o la totalidad de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación de Nivel 2 (audiencia imparcial) fue a la División de Apelaciones de la HHSC, usted puede apelar nuevamente solicitando una revisión administrativa. En la carta que reciba de la División de Apelaciones de la HHSC, se describirá esta siguiente opción de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 fue a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), puede apelar de nuevo solo si el valor monetario del servicio o artículo cumple un monto mínimo determinado. La carta que reciba de la IRE le explicará otros derechos de apelación que usted pueda tener.

Consulte la Sección I en la página 230 para obtener más información sobre otros niveles de apelación.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

E5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de la red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por el servicio o artículo cubierto. A usted nunca se le exige que pague el saldo de ninguna factura. El único monto que se le debe pedir que pague es el copago por ciertos medicamentos de la Lista de medicamentos de Wellpoint STAR+PLUS MMP.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.

Para obtener más información, comience leyendo el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en que puede necesitar pedir reembolso o que paguen una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos el pago.

¿Puedo pedir que me devuelvan lo que pagué de su parte de un servicio o artículo?

Recuerde que si recibe una factura por un monto superior a su copago por servicios y artículos cubiertos, usted no debe pagar la factura. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las normas para recibir servicios y artículos.

Cuando solicita un reembolso, lo que solicita es una decisión de cobertura. Averiguaremos si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y verificaremos si siguió todas las normas para utilizar la cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo del servicio o artículo en un plazo de 60 días calendario de haber recibido su solicitud.
- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a **aceptar** su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las normas, le enviaremos una carta que le indica que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos la razón.

¿Qué sucede si decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección E3, en la página 195. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos está pidiendo un reembolso por un servicio o artículo que ya recibió y pagó usted mismo, no puede pedir una apelación rápida.

Si **rechazamos** su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare, automáticamente enviaremos su caso a la Entidad de Revisión Independiente (IRE). Le enviaremos una carta para avisarle si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y afirma que debemos pagarle, debemos enviarle 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 después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, eso implica que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazo de la apelación”). La carta que reciba le explicará otros derechos de apelación que usted pueda tener. Puede apelar otra vez solo si el valor monetario del servicio o artículo que desea alcanza un monto mínimo determinado. Consulte la Sección I en la página 230 para obtener más información sobre otros niveles de apelación.

Si **rechazamos** su apelación y Texas Medicaid suele cubrir el servicio o artículo, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta (consulte la Sección E4, en la página 199).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos 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 de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero puede que Texas Medicaid los cubra. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La Lista de medicamentos incluye algunos medicamentos marcados con un asterisco (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos marcados con un asterisco (*) siguen el proceso de la Sección E en la página 191.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos recetados de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos puede pedir tomar sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Puede solicitarnos que hagamos una excepción, como por ejemplo:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos del plan
 - Pedirnos que renunciemos a una restricción en la cobertura de un medicamento del plan (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir)
- Puede preguntarnos si un medicamento está cubierto (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero debe tener nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).

NOTA: Si en su farmacia le dicen que su receta no puede surtirse, recibirá una notificación en la que se le explicará cómo contactarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura.

- Puede pedirnos que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Es decir, solicitar una decisión de cobertura relacionada con el pago.

El término legal para una decisión de cobertura relacionada con los medicamentos de la Parte D es “**determinación sobre la cobertura**”.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Use el cuadro a continuación para poder decidir en qué sección está la información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que anulemos una norma o restricción de un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección F2 en la página 208. Consulte también las Secciones F3 y F4 en las páginas 209 y 210.</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con las normas o restricciones (por ejemplo, obtener aprobación previa) para obtener el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.</p> <p>Salte a la Sección F4 en la página 210.</p>	<p>¿Desea pedirnos que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Salte a la Sección F4 en la página 210.</p>	<p>¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos el medicamento de la forma en que usted desea que esté cubierto o se pague?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Es decir, solicitar que reconsideremos la decisión).</p> <p>Salte a la Sección F5 en la página 213.</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestra Lista de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones. Si un medicamento no figura en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando pide una excepción, su médico u otro profesional que receta tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

A continuación, se describen ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
 - Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto de costos compartidos que corresponde a los medicamentos de Nivel 2.
 - No puede pedir una excepción al monto de copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.
2. Eliminar una restricción en nuestra cobertura. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las normas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - Que deba usar un medicamento genérico en lugar del medicamento de marca.
 - Que deba obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se llama “autorización previa” [PA]).
 - Que deba probar primero un medicamento diferente, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted está solicitando. (Esto a veces se llama “terapia escalonada”).
 - Límites de cantidad. Limitamos la cantidad que puede obtener de algunos medicamentos.
 - Si aceptamos hacer una excepción y anular una restricción para usted, puede pedir una excepción al monto de copago que requerimos que pague por el medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

El término legal para pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento se conoce como “**excepción al formulario**”.

F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones

Su médico u otro profesional que receta deben explicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben enviarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que solicita una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información provista por su médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición determinada. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo sería tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción.

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud de una excepción

- Si **aceptamos** su solicitud de una excepción, la excepción normalmente dura hasta el final del año calendario. Esto regirá siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su condición.
- Si **rechazamos** su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección F5 de la página 213 se indica cómo presentar una apelación si la **rechazamos**.

En la sección siguiente, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



F4. Cómo pedir una decisión de cobertura acerca de un medicamento de la Parte D o un reembolso por un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

Qué debe hacer

- Pida el tipo de decisión de cobertura que desea. Llámenos, escríbanos o envíenos un fax para realizar su solicitud. Puede hacerlo usted, su representante o el médico (u otro profesional que receta). Puede llamarnos al **1-833-232-1711** (TTY: **711**) las 24 horas, los 7 días de la semana. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted o su médico (u otro profesional que receta) o quien actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede hacerlo un abogado en su lugar.
- Lea la Sección D en la página 181 para averiguar cómo dar permiso a alguien más para que actúe como su representante.
- No necesita autorizar por escrito a su médico u otro profesional que receta para que nos solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el pago de un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que es posible que necesite solicitar un reembolso. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- Si está pidiendo una excepción, proporcione la “declaración justificadora”. Su médico u otro profesional que receta deben darnos las razones médicas por las que necesita la excepción de medicamentos. Esto se denomina “declaración justificadora”.

Resumen: Cómo solicitar una decisión de cobertura de un medicamento o un pago

Llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante, médico u otro profesional que receta que presente la solicitud. Le daremos una respuesta para la decisión de cobertura estándar en 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Parte D que ya pagó en 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración justificadora de su médico u otro profesional que receta.
- Usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas suelen tardar 24 horas).
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre plazos de decisión.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O puede informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su estado de salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”

Utilizaremos los “plazos estándar” a menos que hayamos acordado utilizar un “plazo rápido”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

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

Podrá obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si su pedido hace referencia a un medicamento que aún no ha recibido**. (No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si nos está pidiendo que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura **solo si respetar los plazos estándares podría perjudicar gravemente su salud o sus capacidades funcionales**.

Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, automáticamente accederemos a darle una decisión rápida sobre la cobertura y se lo explicaremos en la carta.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura usted mismo (sin el respaldo del médico u otro profesional que receta), nosotros decidiremos si le daremos una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, usaremos los plazos estándares.
 - También le enviaremos una carta para informarle eso. La carta le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de concederle una decisión estándar.
 - Puede presentar una “queja rápida” y recibir una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 231.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Plazos para una “decisión rápida sobre la cobertura”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas desde la recepción de su solicitud. O, si solicita una excepción, esto significa dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración que justifique su solicitud del médico o profesional que receta. Le daremos una respuesta antes 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** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibimos su solicitud o la declaración del médico o profesional que receta que justifique su solicitud.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” por un medicamento que aún no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. O, si está pidiendo una excepción, esto significa dentro de las 72 horas después de recibir la declaración justificadora de su médico o profesional que receta. Le daremos una respuesta antes 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** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de que recibimos su solicitud o, si está pidiendo una excepción, la declaración justificadora de su médico o profesional que receta.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” relacionada con el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta dentro de los 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- 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** parte o la totalidad de lo que solicitó, le pagaremos en un plazo de 14 días calendario.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar su apelación, usted, su médico u otro profesional que receta, o su representante deben ponerse en contacto con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Si solicita una apelación estándar, puede hacerlo enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-833-232-1711** (TTY: **711**) las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si desea una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llamándonos.
- Debe realizar su solicitud de apelación **en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para comunicarle nuestra decisión. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Por ejemplo, un buen motivo para no cumplir con el plazo puede ser una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros, o que le hayamos dado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

Resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o profesional que receta, o su representante, pueden poner por escrito su solicitud y mandarla por correo o fax. También puede pedir una apelación llamándonos.

- Solicite la apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si no cumple con el plazo por un buen motivo, aún puede presentar una apelación.
- Usted, su representante, su médico o profesional que receta puede llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre plazos de decisión.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Tiene derecho a pedirnos una copia de la información con respecto a su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios de Farmacia para Miembros al **1-833-232-1711** (TTY: **711**) las 24 horas, los 7 días de la semana.

El término legal para una apelación ante el plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama “**redeterminación**”.

Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que receta pueden aportarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si apela una decisión de nuestro plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que receta deberán decidir si es necesaria una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura” que figuran en la Sección F4 en la página 210.

El término legal para una “apelación rápida” es “**redeterminación acelerada**”.

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Examinamos detalladamente toda la información sobre la solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted, su médico u otro profesional que receta para obtener más información. El revisor será alguien que no haya participado en la decisión de cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación o antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente revisará su apelación.
- **Si aceptamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos proporcionarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Plazos para una “apelación estándar”

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su apelación o antes si su estado de salud así lo requiere, excepto si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya compró. Si está solicitando que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su apelación. Si considera que su estado de salud lo requiere, deberá solicitar una “apelación rápida”.
- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, o 14 días calendario si nos solicitó que le devolvamos el dinero de 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** parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los 7 días calendario después de recibida su apelación o 14 días si usted solicitó que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud para devolverle el dinero de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario luego de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos** parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta en la que se le explicará por qué **rechazamos** su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** parte o la totalidad de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o presenta otra apelación. Si decide continuar con 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 estar por escrito. En la carta que enviamos sobre nuestra decisión en la apelación de Nivel 1 se explicará cómo solicitar una apelación de Nivel 2.
- Cuando presenta una apelación ante la IRE, les enviamos a ellos el expediente de su caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso; para ello, debe llamar a Servicios de Farmacia para Miembros al **1-833-232-1711** (TTY: **711**) las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Tiene derecho a proporcionarle a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta en la que se explique su decisión.

Resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de Revisión Independiente revise su caso, debe presentar una solicitud de apelación por escrito.

- Solicite la apelación **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si no cumple con el plazo por un buen motivo, aún puede presentar una apelación.
- Usted, su médico u otro profesional que receta, o su representante puede solicitar la apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léala también para encontrar información sobre plazos de decisión.

El término legal para una apelación ante la IRE acerca de un medicamento de la Parte D se llama “**reconsideración**”.

Plazos para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) una “apelación rápida”.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Si la IRE acepta concederle una “apelación rápida”, debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas luego de haber recibido su solicitud de apelación.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 24 horas después de haber recibido la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar de 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 después de recibir su apelación, o 14 días calendario si solicitó que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró.
- Si la IRE **acepta** parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura de medicamentos en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de devolverle el dinero de un medicamento que usted ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días luego desde haber recibido la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente rechaza su apelación de Nivel 2?

El **rechazo** significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se conoce como “confirmación de la decisión”. También se llama “rechazo de la apelación”.

Si desea continuar al Nivel 3 del proceso de apelación, los medicamentos que está solicitando deben alcanzar un valor monetario mínimo. Si el valor monetario es menor que el mínimo, no puede presentar más apelaciones. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, puede pedir una apelación de Nivel 3. La carta que recibe de la IRE le dirá el valor monetario necesario para continuar con el proceso de apelación.

G. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más larga

Al ser admitido en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted con el fin de prepararse para el día en que abandone el hospital. También ayudarán a organizar el cuidado que pueda necesitar después de dejar el hospital.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- El día que usted se va del hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta.

Si cree que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada. En esta sección se explica cómo pedirla.

G1. Más información sobre sus derechos de Medicare

Transcurridos dos días después de haber sido admitido en el hospital, un trabajador social o un enfermero le entregará un aviso denominado Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. El Mensaje importante le informa sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Tiene derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede acceder a ellos.
- Participar en cualquier decisión sobre la extensión de su hospitalización.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad del cuidado hospitalario.
- Apelar si piensa que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar la notificación escrita de Medicare para demostrar que la recibió y que entiende sus derechos. La firma del aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le podrían haber comunicado.

Guarde la copia del aviso firmado para tener la información en caso de necesitarla.

- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede consultar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o a Medicare a los números indicados anteriormente.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización para la Mejora de la Calidad llevará a cabo la revisión de la apelación de Nivel 1 para saber si la fecha planificada para el alta es conveniente para usted según el criterio médico. En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama TMF, Health Quality Institute.

Para presentar una apelación con el objetivo de cambiar su fecha de alta, llame a TMF, Health Quality Institute al: 1-800-725-9216.

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad **antes** de retirarse del hospital y a más tardar en la fecha planificada para el alta. El aviso Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos incluye información sobre cómo comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad.

- **Si llama antes de retirarse**, se le permitirá permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta sin que deba pagar por ello, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
- **Si no llama para presentar una apelación** y decide quedarse en el hospital después de la fecha planificada para el alta, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes al cuidado hospitalario que reciba después de la fecha planificada para el alta.
- **Si no cumple el plazo** para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles, consulte la Sección G4 en la página 222.

Resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-800-725-9216 y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de dejar el hospital y antes de la fecha planificada para el alta.

Queremos asegurarnos de que entienda lo que debe hacer y los plazos definidos.

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439 o a la Oficina del Defensor de la HHSC al 1-800-252-3439.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que revisen y ayuden a mejorar la calidad del cuidado médico para las personas con Medicare.

Solicite una “revisión rápida”

Debe pedir a la Organización para la Mejora de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que está pidiendo a la organización que use los plazos rápidos para una apelación en lugar de usar los plazos estándares.

El término legal para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar recibiendo cobertura después de la fecha planificada para el alta. No es necesario que prepare un documento por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores evaluarán su historia clínica, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su hospitalización.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informan de su apelación, usted recibirá una carta que le dirá su fecha planificada para el alta. En la carta se explican los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted reciba el alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación escrita se conoce como “**Aviso detallado del alta**”. Puede obtener un ejemplo llamando a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede consultar un ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad **acepta** su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



¿Qué sucede si rechazan su apelación?

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad **rechaza** su apelación, significa que la fecha planificada para el alta es apropiada por motivos médicos. Si sucede esto, nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados terminará al mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para la Mejora de la Calidad **rechaza** su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que deba pagar para continuar su hospitalización. El costo del cuidado hospitalario que usted tal vez tenga que pagar comienza al mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha planificada para el alta, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha planificada para el alta, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2. Debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente y pedir otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó 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 Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama TMF, Health Quality Institute. Puede comunicarse con TMF, Health Quality Institute al: **1-800-725-9216**.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad tomarán una decisión en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-800-725-9216 y pida otra revisión.



Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Debemos devolverle el dinero de nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir cubriendo el cuidado hospitalario para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte del costo y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si rechazan su apelación?

Significa que la Organización para la Mejora de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. En la carta que usted recibe, se explican los pasos que puede seguir si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, tal vez tenga que pagar el costo total de su hospitalización después de su fecha planificada para el alta.

G4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para la apelación?

Si no cumple con los plazos de apelación, existe otra forma de realizar las apelaciones de Nivel 1 y 2, que se denomina apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad (que es de 60 días o hasta su fecha planificada para el alta, lo que ocurra primero), puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una “revisión rápida”. La revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información acerca de la hospitalización. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y si respetó todas las normas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle una respuesta a esta revisión. Esto significa que le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que pide una “revisión rápida”.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.

Le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Continuaremos cubriendo los servicios hospitalarios mientras sea médicamente necesario.
- También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha cuando le dijimos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos su revisión rápida**, estamos diciendo que la fecha planificada para el alta era apropiada por motivos médicos. La cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que comunicamos que finalizaba dicha cobertura.
 - Si permaneció internado en el hospital después de la fecha planificada para el alta, entonces es posible que deba pagar el costo total del cuidado hospitalario que recibió después de dicha fecha.
- Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso irá automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Apelación alternativa de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) dentro de 24 horas de haberle comunicado nuestra decisión de Nivel 1. Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección J, página 231, se indica cómo presentar una queja.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “revisión rápida”. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Generalmente, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Los revisores de la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- Si la IRE **acepta** su apelación, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos del cuidado hospitalario que recibió desde la fecha planificada para el alta. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios por todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE **rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta del hospital prevista era apropiada por motivos médicos.
- La carta que reciba de la IRE le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles acerca de cómo proceder a la apelación de Nivel 3, a cargo de un juez.

H. Qué debe hacer si considera que el cuidado médico en el hogar, el cuidado especializado de enfermería o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto

Esta sección es solo sobre los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidado médico en el hogar.
- Cuidado especializado de enfermería en un centro para tal fin.
- Cuidado de rehabilitación que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto implica que recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se recupera de una operación compleja.
 - Al recibir cualquiera de estos tres tipos de cuidado, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos, siempre que el médico indique que son necesarios.
 - Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos servicios, debemos informarle antes de que sus servicios finalicen. Cuando finalice su cobertura para esos cuidados, dejaremos de pagarlos.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo pedir una apelación.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

H1. Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura

Recibirá una notificación al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Esto se llama “Aviso de no cobertura de Medicare”. En la notificación escrita, se indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar la notificación escrita para demostrar que la recibieron. Su firma **no** significa que usted esté de acuerdo con el plan de que es momento de dejar de recibir el cuidado.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar su cuidado.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado

Si piensa que estamos finalizando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se explica cómo pedir una apelación.

Antes de empezar su apelación, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no cumplimos con los plazos, puede presentar una queja. En la Sección J, página 231, se indica cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). (O bien, puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud al 1-800-252-3439 (TTY: 1-800-735-2989 o al 711).

Durante una apelación de Nivel 1, una Organización para la Mejora de la Calidad revisará su apelación y decidirá si debe modificar la decisión que tomamos. En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama TMF, Health Quality Institute. Puede comunicarse con TMF, Health Quality Institute al: 1-800-725-9216. En el Aviso de no cobertura de Medicare también hay información acerca de cómo apelar ante la Organización para la Mejora de la Calidad. Este es el aviso que recibió cuando le comunicaron que dejaríamos de cubrir su cuidado.

Resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitarle al plan la continuación de su cuidado

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-800-725-9216 y solicite una “apelación de vía rápida”.

Llame antes de retirarse de la agencia o el centro que le proporciona el cuidado y antes de su fecha planificada para el alta.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



¿Qué es una Organización para la Mejora de la Calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare les paga para que revisen y ayuden a mejorar la calidad del cuidado médico para las personas con Medicare.

¿Qué debe solicitar?

Una “apelación de vía rápida”. Esta es una revisión independiente para saber si es médicamente adecuado que cancelemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es su plazo para contactarse con esta organización?

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad a más tardar al mediodía del día después de recibir la notificación escrita que le dice cuándo interrumpiremos la cobertura de su cuidado.
- Si no cumple con el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, en su lugar puede presentar una apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, consulte la Sección H4 en la página 228.

El término legal para la notificación escrita es “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O consulte una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI.

¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué piensa que debe continuar la cobertura para los servicios. No es necesario que prepare un documento por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Cuando pida una apelación, el plan debe escribirle una carta a usted y a la Organización para la Mejora de la Calidad que explique por qué sus servicios deben concluir.
- Los revisores también evaluarán su historia clínica, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- **En el plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.** Usted recibirá una carta en la que se explica la decisión.

El término legal para la carta donde se explica por qué sus servicios deben terminar es **“Explicación detallada de no cobertura”**.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, debemos seguir prestándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores **rechazan** su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si decide continuar recibiendo servicios de cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que finaliza su cobertura, usted mismo deberá pagar el costo total de estos cuidados.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su cuidado

Si la Organización para la Mejora de la Calidad **rechaza** su apelación **y** usted decide continuar recibiendo el cuidado una vez que su cobertura finaliza, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Durante la apelación de Nivel 2, la Organización para la Mejora de la Calidad revisará de nuevo la decisión que tomaron en el Nivel 1. Si están de acuerdo con la decisión del Nivel 1, es posible que tenga que pagar el costo total de su cuidado médico en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama TMF, Health Quality Institute. Puede comunicarse con TMF, Health Quality Institute al: 1-800-725-9216. Solicite la revisión de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad **rechazó** su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continúa recibiendo cuidado después de la fecha de finalización de su cobertura para el cuidado.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la Mejora de la Calidad tomará su decisión en 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

Resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan que cubra su cuidado durante un periodo más prolongado

Llame a la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado al 1-800-725-9216 y pida otra revisión.

Llame antes de retirarse de la agencia o el centro que le proporciona el cuidado y antes de su fecha planificada para el alta.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. Debemos seguir proporcionándole cobertura para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión tomada respecto de su apelación de Nivel 1 y que no modificará tal decisión.
- En la carta que usted recibe, se explican los pasos que puede seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se incluyen detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

H4. ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Si no cumple con los plazos de apelación, existe otra forma de realizar las apelaciones de Nivel 1 y 2, que se denomina apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Apelación alternativa de Nivel 1 para continuar con su cuidado durante un periodo más prolongado

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una “revisión rápida”. La revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Resumen: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame a nuestro número de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información acerca de su cuidado médico en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada, o cuidado que está recibiendo en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Verificamos si la decisión sobre cuándo deberían finalizar sus servicios fue justa y cumplió con todas las normas.
- Utilizaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares para darle una respuesta a esta revisión. Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que hemos aceptado seguir cubriendo los servicios mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha cuando le dijimos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, estamos diciendo que la interrupción de sus servicios era apropiada por motivos médicos. Nuestra cobertura de los servicios finalizará a partir del día en que comunicamos que finalizaría.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que le informamos que se interrumpirían, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que estábamos siguiendo todas las normas cuando **rechazamos** su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso irá automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Apelación alternativa de Nivel 2 para continuar con su cuidado durante un periodo más prolongado

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) dentro de 24 horas de haberle comunicado nuestra decisión de Nivel 1. Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. En la Sección J, página 231, se indica cómo presentar una queja.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “revisión rápida”. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

Resumen: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle al plan la continuación de su cuidado

No es necesario que haga nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Generalmente, los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE acepta** su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte del costo del cuidado. Además, debemos seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios.
- **Si la IRE rechaza** su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la interrupción de la cobertura de los servicios era apropiada por motivos médicos.

La carta que reciba de la IRE le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará detalles acerca de cómo proceder a la apelación de Nivel 3, a cargo de un juez.

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 para obtener servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a acceder a otros niveles de apelación. En la carta que recibe de la Entidad de Revisión Independiente, se explica lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en la apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado mediador. Si quiere que un ALJ o un abogado mediador revisen su caso, el artículo o servicio médico que solicita debe alcanzar un valor monetario mínimo. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, no podrá continuar con la apelación. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, puede pedirle a un ALJ o un abogado mediador que se ocupe de su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ, puede acudir al Consejo de apelaciones de Medicare. Luego de esto, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita asistencia en cualquier etapa del proceso de apelación, puede ponerse en contacto con la Oficina del Defensor de la HHSC. El número de teléfono es 1-866-566-8989.

I2. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Texas Medicaid

También tiene otros derechos para presentar una apelación si esta es sobre servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Texas Medicaid. Si tiene preguntas acerca de sus derechos adicionales de apelación, puede llamar a la Oficina del Defensor de la HHSC al 1-866-566-8989.

Si no está de acuerdo con una decisión dada por el funcionario de audiencias imparciales, puede solicitar una revisión administrativa en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la decisión.

La carta que recibe de la División de Apelaciones de la HHSC le dirá lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J. Cómo presentar una queja

J1. Qué tipos de problemas deben considerarse quejas

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado médico, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se resuelven mediante el proceso de quejas.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Quejas sobre calidad

- No está satisfecho con la calidad del cuidado médico, como el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre un mal servicio de atención al cliente

- Un proveedor de cuidados médicos o un miembro del personal fue descortés o le faltó el respeto.
- El personal de Wellpoint STAR+PLUS MMP no lo trató bien.
- Cree que lo están presionando para que deje el plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios médicos ni a las instalaciones en el consultorio de un médico o un proveedor.
- Su proveedor no le proporciona una adaptación razonable que usted necesita, tal como un intérprete del lenguaje americano de señas.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Tiene problemas para programar una cita o hay demasiada espera para programarla.
- Ha esperado demasiado tiempo a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o a Servicios para Miembros u otro miembro del personal del plan.

Quejas sobre la higiene

- Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso en otros idiomas

- Su médico o proveedor no le ofrece un intérprete durante su cita.

Quejas sobre nuestras comunicaciones

- Usted cree que no le hemos enviado un aviso o carta que tendría que haber recibido.

Resumen: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna ante nuestro plan y/o una queja externa ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección J3 en la página 234.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



- Usted cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones en relación con decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o una apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o proporcionarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos.
- Cree que no presentamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente en forma oportuna.

El término legal para una “queja” es “reclamo”.

El término legal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.

¿Existen diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Las quejas internas se presentan ante nuestro plan y el plan las revisa. Las quejas externas se presentan ante una organización no vinculada con nuestro plan y esta se encarga de revisarlas. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar a la Oficina del Defensor de la HHSC al 1-866-566-8989.

J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de la Parte D. Si la queja es acerca de un medicamento de la Parte D, debe hacerlo **en un plazo de 60 días calendario** después de que haya tenido el problema por el que desea quejarse.

- Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede escribir y enviarnos su queja. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Si está presentando una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



El término legal para “queja rápida” es “reclamo acelerado”.

De ser posible, le responderemos inmediatamente. Si nos llama por una queja, probablemente podamos darle una respuesta en esa misma llamada. Si su condición médica requiere que le demos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario.
- Si está presentando una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su queja en 24 horas.
- Si está presentando una queja porque demoramos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le concederemos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con la totalidad o parte de su queja, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Le responderemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

J3. Quejas externas

También puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El Formulario de queja de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando 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 a Texas Medicaid sobre su queja

Una vez haya completado el proceso de quejas del plan, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando a la línea gratuita al 1-866-566-8989. Si quiere presentar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
PO Box 13247
Austin, TX 78711-3247

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



Si tiene acceso a Internet, puede presentar su queja aquí: <https://www.hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/office-ombudsman/hhs-ombudsman-managed-care-help>

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la asistencia en otros idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

Además, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de su localidad:

U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young Street, Suite 106
Dallas, TX 75202
Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
Fax: 1-202-619-3818

También es posible que tenga derechos conforme a la Ley para Estadounidenses con Discapacidades. Puede ponerse en contacto con la Oficina del Defensor de la HHSC para recibir asistencia. El número de teléfono es 1-866-566-8989.

Puede presentar una queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre la calidad del cuidado médico, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado médico que recibió directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad (sin presentar la queja ante nosotros).
- O bien, puede presentar la queja ante nosotros y ante la Organización para la Mejora de la Calidad. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos en conjunto para resolverla.

La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de cuidado de salud pagados por el gobierno federal para comprobar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para la Mejora de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama TMF, Health Quality Institute. El número de teléfono de TMF, Health Quality Institute es 1-800-725-9216.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan Medicare-Medicaid

Introducción

En este capítulo encontrará las formas en que puede finalizar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de que se retira del plan. Si decide retirarse de nuestro plan, seguirá inscrito en los programas de Medicare y Texas Medicaid, siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan Medicare-Medicaid.....	237
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	237
C. Cómo inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid	238
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Texas Medicaid por separado	238
D1. Maneras de acceder a sus servicios de Medicare	238
D2. Cómo acceder a los servicios de Texas Medicaid	240
E. Siga recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía	241
F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía	241
G. Normas para evitar que le pidamos que se retire de nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud	242
H. Su derecho a presentar una queja si ponemos fin a su membresía en nuestro plan	242
I. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan.....	242

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan Medicare-Medicaid

Puede finalizar su membresía en el plan Medicare-Medicaid Wellpoint STAR+PLUS MMP en cualquier momento del año si se inscribe en otro plan Medicare Advantage o en otro plan Medicare-Medicaid, o si se cambia a Medicare Original.

Su membresía se cancelará el último día del mes en el que recibamos su solicitud para cambiar de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 de enero. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes (1.º de febrero, en este ejemplo). Si se retira de nuestro plan, puede recibir información sobre:

- Las opciones de Medicare en la tabla de la página 239.
- Los servicios de Texas Medicaid en la página 240.

Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía llamando a:

- La línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al 1-800-735-2989.
- El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP), Programa de Defensa y Consejería de la Información de Salud (HICAP) de Texas al 1-800-252-3439.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide finalizar su membresía, avise a Texas Medicaid o a Medicare que quiere retirarse de Wellpoint STAR+PLUS MMP:

- Llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al 1-800-735-2989; **O**

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Envíe un Formulario de cambio de inscripción a Maximus. Puede obtener el formulario llamando a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-3440 si necesita que le envíen uno por correo; **O**
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan médico o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la página 239 puede encontrar más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare cuando se retira de nuestro plan.

C. Cómo inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid

Si desea continuar recibiendo sus beneficios de Medicare y Texas Medicaid juntos en un único plan, puede inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid.

Para inscribirse en un plan Medicare-Medicaid diferente:

- Llame a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al 1-800-735-2989. Dígales que usted desea retirarse de Wellpoint STAR+PLUS MMP e ingresar a un plan Medicare-Medicaid distinto. Si no sabe bien en qué plan inscribirse, pueden informarle sobre otros planes en su área; **O**
- Envíe un Formulario de cambio de inscripción a Maximus. Puede obtener el formulario llamando a la línea de ayuda de STAR+PLUS al 1-877-782-6440 si necesita que le envíen uno por correo.

Su cobertura con Wellpoint STAR+PLUS MMP terminará el último día del mes en que recibimos su solicitud.

D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Texas Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid después de retirarse de Wellpoint STAR+PLUS MMP, volverá a recibir los servicios de Medicare y de Texas Medicaid por separado.

D1. Maneras de acceder a sus servicios de Medicare

Podrá elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente terminará su membresía en nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Un plan médico de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE)</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Consejería de la Información de Salud (HICAP) de Texas. <p>Su inscripción en Wellpoint STAR+PLUS MMP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Consejería de la Información de Salud (HICAP) de Texas. <p>Su inscripción en Wellpoint STAR+PLUS MMP se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p>

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare</p> <p>NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no quiere hacerlo.</p> <p>Solo debe cancelar su cobertura de medicamentos recetados si recibe cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Defensa y Consejería de la Información de Salud (HICAP) de Texas al 1-800-252-3439.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Consejería de la Información de Salud (HICAP) de Texas. <p>Su inscripción en Wellpoint STAR+PLUS MMP se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p>
---	---

D2. Cómo acceder a los servicios de Texas Medicaid

Los servicios de Texas Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyo de largo plazo y cuidado de salud conductual.

Si se retira del plan Medicare-Medicaid, permanecerá en nuestro plan para recibir sus servicios de Texas Medicaid.

- Puede elegir cambiarse a otro plan médico solo de Texas Medicaid comunicándose con la línea de ayuda de STAR+PLUS.
- Recibirá una nueva tarjeta de identificación del miembro, un nuevo *Manual del miembro* y un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias*.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

E. Siga recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Si se retira de Wellpoint STAR+PLUS MMP, puede transcurrir un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Texas Medicaid. Durante este periodo, seguirá recibiendo sus medicamentos recetados y el cuidado médico a través de nuestro plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
- **Utilice las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Wellpoint STAR+PLUS MMP, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta.** Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía

Estos son los casos en los que Wellpoint STAR+PLUS MMP debe finalizar su membresía en el plan:

- Si se produce una interrupción en la cobertura de Medicare Parte A y B.
- Si ya no califica para Texas Medicaid. Nuestro plan está destinado a las personas que reúnen los requisitos para Medicare y Texas Medicaid.
- Si no paga el monto necesario para calificar para los beneficios (reducción de costos médicos).
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para medicamentos recetados.
- Si no tiene la ciudadanía estadounidense o su residencia en los Estados Unidos no es legal.
 - Para ser miembro de nuestro plan, debe tener la ciudadanía estadounidense o una residencia legal en los Estados Unidos.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán cuando usted no sea elegible para seguir siendo miembro según estos argumentos.
- Debemos cancelar la inscripción si no cumple con este requisito.

Podemos obligarlo a retirarse de nuestro plan por las siguientes razones, solo si antes recibimos permiso de Medicare y Texas Medicaid:

- Si nos da, intencionalmente, información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si, permanentemente, se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les proporcionemos cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro para obtener cuidado médico.
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.

G. Normas para evitar que le pidamos que se retire de nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

Si piensa que le están pidiendo que se retire de nuestro plan por un motivo 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, los 7 días de la semana. También debe llamar a Texas Medicaid. Llame al 1-800-252-8263. Si es sordo o tiene problemas de audición, llame al 1-800-735-2989.

H. Su derecho a presentar una queja si ponemos fin a su membresía en nuestro plan

Si ponemos fin a su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para finalizar su membresía. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. Además, puede consultar el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

I. Cómo obtener más información sobre la finalización de su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos poner fin a su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-878-1784** (TTY: 711).

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en Wellpoint STAR+PLUS MMP. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Aviso sobre leyes.....	245
B. Aviso sobre no discriminación	245
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador.....	245
D. Cobro de pagos de miembros	246
E. Cesión.....	246
F. Aviso de reclamación	246
G. Contrato completo	247
H. Renuncia de los agentes	247
I. Cese de las operaciones.....	247
J. Rechazo del tratamiento.....	247
K. Limitación de acciones.....	248
L. Circunstancias ajenas al plan.....	248
M. Criterio exclusivo del plan	248
N. Divulgación	249
O. Información acerca de las directivas anticipadas	249
P. ¿Cómo puede usar un formulario legal para dar instrucciones por adelantado?	250
Q. Si lo hospitalizan, le preguntarán acerca de las directivas anticipadas	250
R. ¿Qué sucede si los proveedores no siguen las instrucciones que usted ha dado?.....	251

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

S. Continuidad y coordinación de la atención251

T. Subrogación y reembolso251

U. Emergencias declaradas por el presidente o el gobernador.....252

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

A. Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no están incluidas ni explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid. Es posible que también rijan otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

Todas las empresas o agencias que trabajan con Medicare y Texas Medicaid deben cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. No discriminamos ni tratamos de manera diferente a las personas debido a su edad, reclamaciones previas, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad 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:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hss.gov/ocr para obtener más información.
- También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-888-388-6332.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios médicos o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, en Servicios para Miembros pueden ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador

A veces, alguien tiene que pagar primero por los servicios que le prestamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación para trabajadores tienen que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare en los que Medicare no es el pagador principal.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

D. Cobro de pagos de miembros

En determinadas circunstancias, si pagamos al proveedor de cuidados médicos montos que son su responsabilidad, tales como deducibles, copagos o coseguros, podemos cobrarle dichos montos directamente a usted. Usted acepta que tenemos derecho a cobrarle dichos montos.

E. Cesión

Los beneficios que se proporcionan conforme a este *Manual del miembro* son para beneficio personal del miembro, por lo que no pueden transferirse ni cederse. Cualquier intento de ceder este contrato anulará automáticamente todos los derechos que este otorgue.

F. Aviso de reclamación

Usted tiene 36 meses a partir de la fecha en la que la receta fue surtida para presentar una reclamación en papel. Esto se aplica a las reclamaciones que usted presente, y no a las reclamaciones presentadas por la farmacia o el proveedor.

En caso de que se preste un servicio por el cual le facturan, usted tendrá al menos 12 meses a partir de la fecha de servicio para presentar una reclamación ante el plan. Conforme a la Póliza de beneficios Pub 100-02, Capítulo 15, Sección 40 de los CMS los médicos y los profesionales deben presentar reclamaciones en nombre de los beneficiarios por todos los artículos y servicios que proporcionan y que deben pagarse con Medicare Parte B. Además, no pueden cobrarles a los beneficiarios más de los límites sobre los cargos que se aplican al artículo o servicio que se está proporcionando. Sin embargo, un médico o profesional (tal como se define en §40.4) puede optar por retirarse de Medicare. Un médico o un profesional que se retira no debe enviar reclamaciones en nombre de los beneficiarios y también está excluido de los límites sobre los cargos por los servicios cubiertos por Medicare.

Usted puede presentar tales reclamaciones ante:

Parte D:

CarelonRx

ATTN: Claims Department -
Part D Services

PO Box 52077

Phoenix, AZ 85072 2077

Parte C:

Wellpoint STAR+PLUS MMP
Claims Services

PO Box 61010

Virginia Beach, VA 23466 1010

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

G. Contrato completo

Este *Manual del miembro* y sus cláusulas adicionales aplicables, que se adjuntan al presente, junto con su formulario de inscripción completo, constituyen el contrato completo entre las partes y, a partir de la fecha de entrada en vigencia que aquí se establece, reemplaza a todos los demás contratos entre las partes.

H. Renuncia de los agentes

Ningún agente ni ninguna otra persona, excepto un funcionario ejecutivo de Wellpoint STAR+PLUS MMP, podrá anular las condiciones o restricciones de este *Manual del miembro* o del Cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

Los cambios que se realicen a este *Manual del miembro* no serán válidos a menos que consten en una cláusula o en una enmienda firmadas por un funcionario ejecutivo u otro funcionario autorizado de la compañía.

I. Cese de las operaciones

En caso de cese de las operaciones o de la disolución de su plan en el área en la que usted reside, este *Manual del miembro* terminará. Recibirá un aviso 90 días antes de que el *Manual del miembro* termine.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si el *Manual del miembro* termina, su cobertura también lo hará.

En ese caso, la compañía le explicará las opciones que tendrá disponibles en ese momento. Por ejemplo, es posible que haya otros planes médicos en el área en los que pueda inscribirse, si lo desea. O quizás quiera volver a Medicare Original y obtener un seguro suplementario. En este último caso, Wellpoint STAR+PLUS MMP organizará todo para que usted obtenga, sin exámenes de salud ni periodos de espera, una póliza de seguro médico suplementaria para cubrir el coseguro y los deducibles de Medicare.

Ya sea que se inscriba en otro plan médico prepagado o no, no tendría un periodo sin cobertura.

J. Rechazo del tratamiento

Es posible que usted, ya sea por razones personales o religiosas, rechace los procedimientos y los tratamientos que su proveedor de atención primaria le recomendó como necesarios. Si bien tiene derecho a rechazarlos, en algunas situaciones, podría ser un obstáculo para que la relación proveedor/paciente continúe o para que se proporcione el nivel de atención adecuado.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Cuando un miembro rechaza un tratamiento o procedimiento necesario recomendado, y el proveedor de atención primaria considera que no hay una alternativa profesionalmente aceptable, se informará de esto al miembro.

En caso de que usted se dé de alta de un centro por decisión propia haciendo caso omiso a la recomendación del médico, su plan pagará los servicios cubiertos proporcionados hasta el día en que haya dejado el centro. Los cargos de la admisión se pagarán por día o por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (DRG), según corresponda.

K. Limitación de acciones

No se podrán entablar acciones legales para recuperar beneficios dentro de los 60 días de haberse prestado el servicio. No se podrán entablar tales acciones después de los tres años posteriores a la prestación del servicio sobre el cual se entabló la acción legal.

L. Circunstancias ajenas al plan

En caso de epidemia, catástrofe, emergencia general u otra circunstancia ajena a la compañía, ni el plan ni ningún proveedor serán responsables, excepto en los siguientes casos, como consecuencia de la demora razonable en la prestación de los servicios:

- Dada la situación, es posible que deba obtener servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, en lugar de hacerlo de un proveedor de la red. Su plan le reembolsará como máximo el monto por el cual usted habría estado cubierto según este *Manual del miembro*.
- Es posible que su plan les exija declaraciones por escrito a usted y al personal médico que lo atendió para confirmar su enfermedad o lesión y que el tratamiento que recibió era necesario.

M. Criterio exclusivo del plan

El plan puede, a su exclusivo criterio, cubrir servicios y suministros que el *Manual del miembro* no contempla específicamente.

Esto se aplicará en caso de que el plan determine que dichos servicios y suministros reemplazarán a otros servicios y suministros más caros que habrían sido requeridos para la atención y el tratamiento del miembro.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

N. Divulgación

Usted tiene derecho a pedir la siguiente información de su plan:

- Información sobre los planes de incentivos para médicos que ofrece su plan.
- Información sobre los procedimientos que su plan utiliza para controlar el uso de los servicios y los gastos.
- Información sobre la situación financiera de la empresa.
- Información general sobre la cobertura e información comparativa sobre el plan.

Para obtener esta información, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-855-878-1784** o, si tiene discapacidad auditiva o del habla y tiene una línea telefónica TTY, al **711**. El departamento de Servicios para Miembros está disponible de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. El plan le enviará la información dentro de los 30 días posteriores a su solicitud.

O. Información acerca de las directivas anticipadas

(Información sobre el uso de un formulario legal, como un “testamento vital” o un “poder de representación”, para dar instrucciones por anticipado acerca de su cuidado médico en caso de que usted no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones)

Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre la atención médica. ¿Pero qué sucede si un accidente o una enfermedad grave hacen que no pueda tomar decisiones usted mismo?

Si esto sucede:

- Es posible que desee que una persona determinada en la que confía tome estas decisiones por usted.
- Es posible que quiera informar a los proveedores de cuidados médicos los tipos de cuidado médico que le gustaría y no le gustaría recibir, si no pudiera tomar decisiones por usted mismo.
- Es posible que quiera hacer ambas cosas: designar a alguien para que tome decisiones por usted y, además, informar a esta persona y a sus proveedores de atención médica los tipos de atención médica que le gustaría recibir si fuese incapaz de tomar decisiones por usted mismo.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Si lo desea, puede completar y firmar un formulario especial para informarles a las demás personas cómo desea que procedan en caso de que usted no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones de atención médica. Este formulario es un documento legal. A veces se lo denomina “directiva anticipada” porque le permite dar instrucciones por anticipado sobre cómo desea que se proceda en caso de que usted no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones de cuidado médico.

Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes denominaciones, que dependen del estado o del área local. Por ejemplo, los documentos denominados “testamento vital” y “poder de representación para cuidado médico” son ejemplos de directivas anticipadas.

Usted elige si completar una directiva anticipada o no. La ley prohíbe toda discriminación en su contra cuando usted recibe cuidado médico por haber firmado una directiva anticipada o no.

P. ¿Cómo puede usar un formulario legal para dar instrucciones por adelantado?

Si decide proporcionar directivas anticipadas, puede obtener el formulario legal de diferentes maneras. Puede solicitar el formulario a su abogado, a un trabajador social o en algunas librerías comerciales. A veces, las organizaciones que proporcionan información sobre Medicare pueden facilitarles los formularios de directiva anticipada, como su SHIP (que significa Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud). El Capítulo 2 de este folleto le informa cómo comunicarse con su SHIP. Los SHIP tienen diferentes denominaciones según el estado.

Sin importar en dónde obtenga el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo. Es importante que firme este formulario y guarde una copia en su casa. Debería entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que usted designe en el formulario para tomar decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo.

También puede entregarles copias a sus familiares o amigos cercanos. En caso de que sepa de antemano que deberá ser hospitalizado, lleve una copia con usted al hospital.

Q. Si lo hospitalizan, le preguntarán acerca de las directivas anticipadas

Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene a mano. Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted elige si firmarlo o no. Si decide no firmar un formulario de directiva anticipada, no se le negará la atención ni se lo discriminará cuando lo atiendan.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp



R. ¿Qué sucede si los proveedores no siguen las instrucciones que usted ha dado?

Si considera que un médico u hospital no han seguido las instrucciones que establece su directiva anticipada, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de su estado.

S. Continuidad y coordinación de la atención

Wellpoint STAR+PLUS MMP ha establecido políticas y procedimientos para promover la coordinación y la continuidad del cuidado médico para nuestros miembros. Esto incluye el intercambio de información confidencial entre los proveedores de atención primaria y los especialistas, así como con los proveedores de servicios de salud conductual. Además, Wellpoint STAR+PLUS MMP ayuda a coordinar la atención con los profesionales cuando el contrato de estos queda sin efecto y procura que la transición a un nuevo profesional sea fluida.

T. Subrogación y reembolso

Estas cláusulas se aplican cuando pagamos por beneficios como resultado de lesiones o enfermedades que tuvo, y tiene derecho a una recuperación o ha recibido una recuperación. Tenemos el derecho a recuperar los pagos que hacemos en su nombre o a iniciar acciones legales contra la parte responsable de compensarlo por sus lesiones. También tenemos derecho a que nos devuelvan el monto por el importe de beneficios que pagamos en su nombre. Se aplica lo siguiente:

- El monto de recuperación se calculará conforme a 42 C.F.R. 411.37, y conforme a 42 C.F.R. 422.108(f), no deberán aplicarse leyes estatales a nuestros derechos de subrogación y reembolso.
- Nuestros derechos de subrogación y reembolso deberán tener prioridad y pagarse antes de que se pague cualquier otra reclamación suya.
- Nuestros derechos de subrogación y reembolso no se verán afectados, reducidos o eliminados por la doctrina de “resarcimiento integral” o cualquier otra doctrina equitativa.

Debe notificarnos oportunamente acerca de cómo, cuándo y dónde ha ocurrido un accidente o incidente que le haya causado lesiones personales o enfermedad, y de toda la información sobre las partes involucradas, y debe notificarnos oportunamente si tiene un abogado relacionado con dicho accidente o incidente. Usted y su representante legal deben colaborar con nosotros, hacer lo que sea necesario para permitirnos ejercer nuestros derechos y no hacer nada para perjudicar nuestros derechos.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Si no nos paga, tendremos derecho a deducir cualquier parte del monto no pagado de los beneficios que hemos pagado o del monto de su recuperación, el que sea menor, de cualquier beneficio futuro en virtud del plan.

U. Emergencias declaradas por el presidente o el gobernador

En caso de que el presidente o el gobernador declaren una emergencia, que se declare un desastre mayor o que la Secretaría de Salud y Servicios Humanos anuncie una emergencia de salud pública, su plan hará las siguientes excepciones para garantizar que reciba la atención adecuada en tales circunstancias:

- Aprobar que los servicios se presten en centros no contratados especificados considerados centros certificados por Medicare-Medicaid;
- Reducir temporalmente la distribución de costos para los servicios fuera de la red aprobados por el plan a los montos de distribución de costos dentro de la red; y
- Renunciar por completo a los requisitos de referencia de un médico de atención primaria según corresponda.

En general, la fuente que haya declarado el desastre anunciará cuando el desastre o emergencia hayan finalizado. Si, no obstante, el desastre o emergencia no finaliza en el plazo de los 30 días tras la declaración inicial, y si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no indican una fecha de finalización de dicho desastre o emergencia, su plan reanudará la actividad normal después de transcurridos 30 días de la declaración inicial.

Cuando se declara un desastre o emergencia, este evento es específico de una ubicación geográfica (p. ej., un condado). Su plan aplicará las excepciones anteriores solo si usted reside en la ubicación geográfica indicada.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados a lo largo de todo el *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos se encuentran ordenados alfabéticamente. Si no puede encontrar un término que busca o si necesita más información de la que incluye la definición, póngase en contacto con Servicios para Miembros.

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

Agencia estatal de Medicaid: La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas es la única agencia estatal responsable de operar, y en algunos casos, supervisar, el programa Medicaid del estado.

Apelación: Una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede presentar una apelación para solicitar que cambiemos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan médico acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener Wellpoint STAR+PLUS MMP.

Asistente de cuidado médico en el hogar: Una persona que brinda servicios que no requieren habilidades de un enfermero o terapeuta certificado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios indicados). Los asistentes de cuidado médico en el hogar no tienen una certificación de enfermería ni ofrecen terapia.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y son necesarios para tratar una emergencia médica.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de cuidado especializado de enfermería o rehabilitación prestados de forma constante y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero registrado o un médico pueden administrarle.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Audiencia imparcial: Una opción para que usted informe su problema en un tribunal y demuestre que una decisión que tomamos está equivocada.

Autorización previa (PA): Una aprobación de Wellpoint STAR+PLUS MMP que debe obtener antes de recibir un servicio o medicamento específico, o de consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que Wellpoint STAR+PLUS MMP no cubra el servicio o medicamento si usted no obtiene una aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una PA de nuestro plan.

- En el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan PA.

Algunos medicamentos se cubren únicamente si obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que requieren PA están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Ayuda pagada pendiente: Puede seguir recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación o audiencia imparcial. Esta continuación de la cobertura se denomina “ayuda pagada pendiente”.

Ayuda Extra (“Extra Help”): Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. Ayuda Extra (Extra Help) también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Cancelación de la inscripción: El proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona una instrucción adicional para nuestros proveedores de cuidados médicos que los ayuda a comprender mejor sus orígenes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales e idiomáticas.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para proporcionar cuidado especializado de enfermería y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que brinda, principalmente, servicios de rehabilitación luego de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro que brinda servicios de cirugía para pacientes ambulatorios a aquellos que no necesitan cuidado hospitalario y que se espera que no necesiten más de 24 horas de atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Coordinador de servicios: Persona principal que trabaja con usted, el plan de salud y sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Copago: Un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe un servicio o suministro. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o medicamento recetado.

Costos compartidos: Montos que usted tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen copagos y coseguro.

Cuidado necesario de forma urgente: Atención que recibe para una enfermedad, lesión o condición repentina que no sea una emergencia, pero que necesita atención inmediatamente. Puede acceder al cuidado necesario de forma urgente por parte de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o usted no pueda acudir a ellos.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre los servicios y medicamentos cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Defensor: Una oficina en su estado que funciona como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarle a entender qué debe hacer. Los servicios del defensor son gratuitos. Puede encontrar más información acerca del Defensor en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

Determinación de la organización: El plan toma una determinación de la organización cuando esta o uno de sus proveedores toman una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este manual. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, piensa que tiene síntomas médicos que necesitan cuidado médico inmediato para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo, o la pérdida o deterioro grave de una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor intenso.

Equipo de coordinación de servicios: Un equipo de coordinación de servicios puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales médicos que están a su disposición para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de coordinación de servicios también le ayudará a elaborar un plan de cuidado.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que el médico solicita para que usted use en su hogar.

Por ejemplo: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: Un médico que brinda cuidado de salud en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

Etapas de cobertura catastrófica: Etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Esta etapa comienza cuando usted (o terceros calificados en su nombre) han gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

Etapas de cobertura inicial: La etapa antes de que sus gastos de medicamentos de la Parte D alcancen los \$8,000. Esto incluye los montos que usted ha pagado, lo que nuestro plan ha pagado en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Comienza en esta etapa cuando surte la primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga la parte que le corresponde.

Evaluación de riesgos para la salud: Una revisión de la condición actual y del historial médico de un paciente. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Evaluación integral de riesgos de la salud: Una evaluación que se utiliza para confirmar su nivel correspondiente de riesgo y elaborar su plan de cuidado. Las evaluaciones integrales de riesgos de la salud incluirán, entre otras cosas, salud física y conductual, necesidades sociales, estado funcional, ámbitos de bienestar y prevención, estado y capacidades del cuidador, al igual que sus preferencias, fortalezas y metas.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Facturación incorrecta: Situación en la que un proveedor (un médico u hospital) le factura un monto superior al de la distribución de costos del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación del miembro de Wellpoint STAR+PLUS MMP cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entiende.

Dado que Wellpoint STAR+PLUS MMP paga el costo total de sus servicios, usted no tiene que pagar ningún monto de costos compartidos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia que ha aceptado surtir las recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Gastos de bolsillo: El requisito de distribución de costos para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de “gasto de bolsillo”. Consulte la definición de “costos compartidos”.

Herramienta de beneficios en tiempo real (Real Time Benefit Tool): Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre beneficios y medicamentos cubiertos. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma condición médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hogar o asilo de ancianos: Un lugar que proporciona atención para personas que no pueden obtener atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Hospicio: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen una prognosis terminal a vivir de manera cómoda. Una prognosis terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y que se espera que viva seis meses o menos.

- Una persona inscrita con una prognosis terminal tiene derecho a elegir un hospicio.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporciona atención para la persona de manera integral, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

- Wellpoint STAR+PLUS MMP debe darle una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Información personal de salud (también denominada Información de salud protegida [PHI]): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguro Social, consultas al médico e historial médico. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Wellpoint STAR+PLUS MMP para obtener más información sobre cómo Wellpoint STAR+PLUS MMP protege, utiliza y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas discapacitadas, ciegas o de 65 años o más que tienen ingresos y recursos escasos. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: Límite sobre la cantidad de un medicamento que puede recibir. Los límites también pueden aplicarse sobre la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la colaboración de médicos y farmacéuticos. En la Lista de medicamentos, también se indica si existen normas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

Manual del miembro e información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro archivo adjunto o cláusula adicional, explican su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa del Gobierno federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y soportes a largo plazo y gastos médicos.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos médicos están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Texas Medicaid.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Medicamento necesario: Algunos de los servicios incluidos en el Cuadro de beneficios están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa” [PA]). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa aparecen marcados en el Cuadro de beneficios. Cuando tomamos una decisión, nos basamos en dos cosas. En primer lugar, hay normas de Medicare. Segundo, existen estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos estándares están probados y aceptados por aquellos que practican y estudian medicina. También debemos asegurarnos de que reciba el cuidado más económico. Esto significa que no sea más costosa que otra opción que funcionaría igual de bien. Pero también necesitamos que sea la adecuada para usted. Y que usted la reciba en el lugar correcto y la cantidad correcta de veces. Por último, no podemos aprobar un servicio solo porque es más conveniente que otra opción. Usted debe contar con nuestra aprobación antes de recibir atención de proveedores que no pertenecen a nuestro plan, a menos que se trate de atención de urgencia, atención de emergencia o diálisis renal fuera del área de servicio. Para encontrar un proveedor en nuestro plan, utilice la herramienta en línea Encontrar cuidado médico (Find Care) o llame a Servicios para Miembros. Si tiene una referencia o considera que necesita usar un proveedor que no está en nuestro plan, debe llamarnos para obtener nuestra aprobación antes de recibir la atención.

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que originalmente creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado que está aprobado por el gobierno federal para que se utilice en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y es tan eficaz como su equivalente de marca.

Medicamentos cubiertos: Término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de Medicare Parte D”.

Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso específicamente excluye ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Es posible que Texas Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre hacen referencia a cualquier medicamento que una persona puede comprar sin la receta de un profesional médico.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Medicare Part C: El programa de Medicare que permite que las compañías de seguro médico privado ofrezcan beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención proporcionada en hospitales o centros de enfermería especializada, del cuidado médico en el hogar y del cuidado para enfermos terminales que sean médicamente necesarios.

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y vistas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y pruebas de detección.

Medicare Parte D: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Nosotros lo denominamos “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B ni Texas Medicaid. Wellpoint STAR+PLUS MMP incluye Medicare Parte D.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cargo por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidados médicos de montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidados médicos que acepte Medicare. Medicare Original consta de dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.
- Si usted no desea formar parte de nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Medicare: Programa de seguro médico federal destinado a personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años de edad con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o un plan de cuidado administrado (consulte “Plan médico”).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Persona con Medicare y Texas Medicaid que cumple con los requisitos para obtener servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Nivel de costos compartidos: Grupo de medicamentos con el mismo copago. Todo medicamento en la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como Lista de medicamentos) se encuentra en uno de 4 niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo que usted pague por el medicamento.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o sin receta (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la Lista de medicamentos se encuentra en uno de cuatro niveles.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado médico para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que reciben los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Paciente hospitalizado: Un término usado cuando usted ha sido formalmente admitido en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fuese admitido formalmente, puede ser considerado un paciente ambulatorio en lugar de un paciente internado, aunque usted permanezca allí durante la noche.

Parte A: Consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: Consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: Consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: Consulte “Medicare Parte D”.

Persona inscrita en Medicare-Medicaid: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Texas Medicaid. Si está inscrita en Medicare-Medicaid, también se la denomina “persona con doble elegibilidad”.

Plan de cuidado: Un plan de cuidado centrado en la persona que aborda los servicios médicos que usted recibirá y cómo los recibirá. El plan es elaborado por el Coordinador de servicios y usted, sus familiares, según corresponda, y sus proveedores. El plan de cuidado incluirá su historial de salud; un resumen de necesidades de salud y sociales actuales, a corto plazo y a largo plazo; inquietudes y metas; y una lista de servicios requeridos, su frecuencia y una descripción de quién proporcionará dichos servicios.

Plan Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “planes MA”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Plan médico: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de servicios que le ayudarán a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle el cuidado que necesita.

Plan Medicare-Medicaid (MMP): Un plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, y otros proveedores. También tiene Coordinadores de servicios que le ayudarán a manejar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle el cuidado que necesita.

Producto biológico: Un medicamento recetado que está hecho 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 pueden ser copiados de manera exacta, por lo que las formas alternativas se denominan productos biosimilares. Por lo general, los productos biosimilares funcionan igual de bien y son igual de seguros que los productos biológicos originales.

Productos biosimilares: Un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. En general, los productos biosimilares funcionan igual de bien y son igual de seguros que el producto biológico original; sin embargo, generalmente se requiere una nueva receta para sustituir el producto biológico original. Los productos biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten la sustitución por el producto biológico original en la farmacia sin que se necesite una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Prótesis y ortótica: Son los dispositivos médicos que indica su médico u otro proveedor de cuidados médicos. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, férulas para brazos, espalda y cuello, extremidades artificiales, prótesis oculares y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted acude primero para la mayoría de los problemas de salud.

- Este se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y otros proveedores de cuidados médicos sobre su atención y referirlo a ellos.
- En muchos planes médicos de Medicare, usted debe acudir a su proveedor de atención primaria antes de consultar a otro proveedor de cuidados médicos.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener información acerca de cómo recibir atención de un proveedor de atención primaria.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de salud, equipos médicos, y servicios y soportes a largo plazo.

- Cuentan con licencias o certificaciones de Medicare y del estado para prestar servicios médicos.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan médico y aceptan nuestro pago sin cobrar a nuestros miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe consultar a los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se los llama “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que nuestro plan no emplea, no opera ni del que es propietario, y que tampoco ha firmado un contrato para ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3, se explican los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Una declaración oral o por escrito que constata que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud que tenga en cuanto a la calidad de su cuidado médico, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.

Reclamo: Una queja que usted hace sobre nosotros o sobre un proveedor o una farmacia de nuestra red. Incluye una queja sobre la calidad de su atención.

Red: Un grupo grande de médicos, especialistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de atención médica. Este grupo se llama “red”. (Consulte el Capítulo 1 para obtener más información).

Referencia: Una referencia significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación para que pueda acudir a otra persona que no sea su proveedor de atención primaria. Es posible que Wellpoint STAR+PLUS MMP no cubra los servicios si usted no obtiene la aprobación. No necesita una referencia para consultar a determinados especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información acerca de las referencias en el Capítulo 3, y sobre los servicios que requieren referencias en el Capítulo 4.

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

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios cubiertos: Término general que se utiliza para referirse a toda la atención médica, los servicios y ayuda a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y sin receta, los equipos y otros servicios cubiertos por el plan.

Servicios de rehabilitación: El tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros.

Servicios y soportes a largo plazo (LTSS): Los servicios y soportes a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición médica prolongada. La mayoría de estos servicios le ayudan a que permanezca en su casa y no tenga que acudir a un hogar de ancianos u hospital.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte la definición de Ayuda Extra (“Extra Help”).

Tasa diaria de distribución de costos: Una tasa que es posible que se aplique cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de distribución de costos es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes.

Por ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 31 días) es \$1.40. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es un poco menos de \$0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será un poco menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será menos de \$0.35.

Terapia escalonada: Una norma de cobertura que requiere que usted primero intente con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Servicios para Miembros de Wellpoint STAR+PLUS MMP

TELÉFONO	1-855-878-1784 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local.
CORREO	Wellpoint STAR+PLUS MMP MMP Member Services 5959 Corporate Drive, Suite 1300 Houston, TX 77036
SITIO WEB	www.wellpoint.com/tx/mmp

Si tiene preguntas, llame a Wellpoint STAR+PLUS MMP al **1-855-878-1784** (TTY: **711**) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.wellpoint.com/tx/mmp

Wellpoint STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan) cumple con las leyes de derechos civiles Federales aplicables y no discrimina a las personas ni las excluye o trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad en sus actividades y programas de salud. Wellpoint STAR+PLUS MMP brinda ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros y ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Se pueden obtener estos servicios llamando al número del Servicio de Atención al Cliente que figura en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro. Si considera que Wellpoint STAR+PLUS MMP no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante el Defensor de Inscritos:

Wellpoint STAR+PLUS MMP - Complaints, Appeals, and Grievances
Mailstop: OH0205-A537
4361 Irwin Simpson Road
Mason, OH 45040
1-855-878-1784 (TTY: 711)
Fax: 1-888-458-1406

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Defensor de Inscritos está disponible para ayudarlo. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles; de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono con la siguiente información de contacto: U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Ave., SW; Room 509F, HHH Building; Washington D.C. 20201; 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-855-878-1784** (TTY: **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-855-878-1784** (TTY: **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-878-1784** (TTY : **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-878-1784** (TTY: **711**) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic:

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-878-1784** (TTY: **711**). هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-878-1784** (TTY: **711**) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-878-1784** (TTY : **711**). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-878-1784** (TTY: **711**). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-855-878-1784** (TTY: **711**) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



¿Tiene alguna pregunta? Llámenos al número gratuito **1-855-878-1784 (TTY: 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local.

○ visite www.wellpoint.com/tx/mmp.

Wellpoint STAR+PLUS MMP (Plan Medicare-Medicaid) es un plan médico que tiene un contrato con Medicare y con Texas Medicaid para proporcionar a las personas inscritas los beneficios de ambos programas.