



2025 Manual del Afiliado

Contáctenos al **1-833-230-2057**
(TTY: **1-833-711-4711** o **711**),
de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
O bien, visite **HAPCareSource.com**.



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

Su cobertura médica y de medicamentos conforme al Plan Medicare-Medicaid de HAP CareSource™ MI Health Link

Introducción del *Manual del Afiliado*

Este manual le informa sobre su cobertura de conformidad con HAP CareSource MI Health Link hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura de medicamentos con receta y los apoyos y servicios a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo le ayudan a permanecer en su hogar, en lugar de concurrir a una residencia geriátrica u hospital. Los términos claves y sus definiciones se encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

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

Este plan es ofrecido por HAP CareSource. Cuando en este *Manual del Afiliado* se refiera a “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, significa HAP CareSource. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a HAP CareSource MI Health Link.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como impreso con letra grande, en braille o en audio. Llame al 1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

También puede presentar una solicitud permanente para recibir este documento y otras comunicaciones, ahora o en el futuro, en un idioma distinto al inglés o en un formato alternativo. Para hacer una solicitud, llame al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Su solicitud se mantendrá en archivo y siempre podrá llamar al número anterior si alguna vez cambia de opinión.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.

Índice

Capítulo 1: Cómo empezar como afiliado.....	4
Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes.....	15
Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos	30
Capítulo 4: Tabla de beneficios	51
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos con receta como paciente ambulatorio a través del plan	117
Capítulo 6: Qué paga usted por los medicamentos con receta de Medicare y Medicaid de Michigan	137
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos	143
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	149
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones).....	171
Capítulo 10: Cómo finalizar su afiliación a HAP CareSource MI Health Link	223
Capítulo 11: Avisos legales	231
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	233

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Exenciones de responsabilidad

- ❖ HAP CareSource MI Health Link es un plan de salud que tiene contratos tanto con Medicare como con Medicaid de Michigan para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.
- ❖ La cobertura de HAP CareSource MI Health Link es una cobertura de salud calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Económica (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información sobre el requisito individual de responsabilidad compartida.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Capítulo 1: Cómo empezar como afiliado

Introducción

Este capítulo incluye información sobre HAP CareSource MI Health Link, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medicaid de Michigan y su afiliación a este. También le indica qué esperar y qué otra información obtendrá de HAP CareSource MI Health Link. Los términos claves y sus definiciones se encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Bienvenido a HAP CareSource MI Health Link	6
B. Información acerca de Medicare y Medicaid de Michigan.....	6
B1. Medicare	6
B2. Medicaid de Michigan	6
C. Ventajas de este plan	7
D. Área de servicio de HAP CareSource MI Health Link	8
E. Qué lo hace elegible para ser un afiliado al plan	8
F. Qué debe esperar cuando se une por primera vez a un plan de salud	9
G. Su plan de atención.....	9
H. Prima mensual del plan HAP CareSource MI Health Link	9
I. El Manual del Afiliado	10
J. Otra información importante que recibirá de nosotros	10
J1. Su tarjeta de identificación de afiliado a HAP CareSource MI Health Link	10
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	11
J3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	12
J4. <i>Explicación de beneficios</i>	12

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



K. Cómo mantener actualizada la información de su registro de afiliación	13
K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)	14

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



A. Bienvenido a HAP CareSource MI Health Link

HAP CareSource MI Health Link es un Plan Medicare-Medicaid. Un Plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y de apoyos a largo plazo y por otros proveedores. También cuenta con coordinadores de la atención y equipos de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita.

HAP CareSource MI Health Link fue aprobado por el estado de Michigan y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para brindarle servicios como parte del programa MI Health Link.

MI Health Link es un programa administrado de manera conjunta por el gobierno de Michigan y el federal para brindar mejores atención médica a las personas que cuentan con Medicare y Medicaid de Michigan. De conformidad con este programa, tanto el gobierno estatal como el federal pretenden poner a prueba nuevas maneras de mejorar el modo en que usted recibe sus servicios de atención médica por parte de Medicare y Medicaid de Michigan.

HAP CareSource: una empresa conjunta con Health Alliance Plan (HAP), un plan de salud sin fines de lucro con sede en Michigan y CareSource, un plan de salud sin fines de lucro y de atención médica administrada con sede en Ohio que cuenta con afiliados en varios estados. HAP es una entidad de propiedad exclusiva de Henry Ford Health.

B. Información acerca de Medicare y Medicaid de Michigan

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para las siguientes personas:

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

B2. Medicaid de Michigan

Medicaid de Michigan es un programa administrado por el gobierno federal y el estado de Michigan que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados para que éstas paguen los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Cubre los servicios adicionales y los medicamentos que no cuentan con la cobertura de Medicare. Cada estado tiene su propio programa de Medicaid.

Esto significa que cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- quién está calificado,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo por los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas de Medicaid, siempre y cuando adopten las normas federales.

Medicare y el estado de Michigan deben aprobar HAP CareSource MI Health Link cada año. Usted puede obtener los servicios de Medicare y Medicaid de Michigan a través de nuestro plan siempre y cuando:

- usted es elegible para participar,
- optemos por ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de Michigan aprueban el plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medicaid de Michigan no se verán afectados.

C. Ventajas de este plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de Michigan de HAP CareSource MI Health Link, incluidos los medicamentos con receta. **No tiene que pagar ningún adicional para unirse a este plan de salud.**

HAP CareSource MI Health Link le ayudará a que sus beneficios de Medicare y de Medicaid de Michigan funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- A usted le bastará con **un** plan de salud para **todas** las necesidades de su seguro de salud.
- No pagará un deducible ni copago cuando reciba servicios de un proveedor o farmacia dentro de la red de proveedores de nuestro plan de salud. (Se le pedirá que continúe pagando cualquier prima mensual del programa Freedom to Work que tenga). Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Michigan Department of Health & Human Services, MDHHS). Para obtener más información de contacto de su oficina local de MDHHS visite [www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.\)](http://www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.)
- Tendrá su propio coordinador de la atención, quien le preguntará sobre sus necesidades y opciones de atención médica, y trabajará con usted para crear un plan

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



de atención personalizado basado en sus objetivos. A esto lo llamamos planificación centrada en la persona.

- Su coordinador de la atención le ayudará a obtener lo que necesita en el momento que lo necesite. Esta persona responderá sus preguntas y se asegurará de que sus problemas de atención médica reciban la atención que merecen.
- Si cumple con los requisitos, tendrá acceso a apoyo y servicios domiciliarios y comunitarios que le ayudarán a vivir de manera independiente.

D. Área de servicio de HAP CareSource MI Health Link

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Michigan: Macomb y Wayne.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener HAP CareSource MI Health Link.

Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir en este plan. Consulte el Capítulo 8 para obtener más información acerca de las consecuencias de mudarse fuera del área de servicio.

E. Qué lo hace elegible para ser un afiliado al plan

Usted es elegible para la afiliación a nuestro plan, siempre y cuando:

- resida en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas viven en el área geográfica, incluso si están ubicadas físicamente en ella); **y**
- tenga Medicare Partes A, B y D; **y**
- usted sea elegible para recibir los beneficios completos de Medicare de Michigan, **y**
- sea un ciudadano de Estados Unidos o tenga presencia legal en Estados Unidos, **y**
- si aún no está inscrito en un centro de cuidados de hospicio, **y**
 - para obtener más información sobre el beneficio de hospicio, consulte el Capítulo 4 del *Manual del Afiliado*
- Si no está inscrito en el programa de exención MI Choice o en el Programa de Cuidado todo Incluido para Adultos Mayores (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE). Si está inscrito en cualquiera de estos programas, debe cancelar su inscripción antes de inscribirse en el programa MI Health Link a través de HAP CareSource MI Health Link.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



F. Qué debe esperar cuando se une por primera vez a un plan de salud

Recibirá una evaluación de Nivel I dentro de los primeros 60 días de unirse a nuestro plan.

La evaluación de Nivel I es una herramienta de evaluación amplia que se utiliza para ayudar a HAP CareSource MI Health Link a comprender sus necesidades médicas, funcionales y de salud conductual actuales. También nos ayuda a identificar cualquier riesgo o inquietud que tenga y que le gustaría que se abordara. Esta evaluación nos ayudará a decidir si necesitamos evaluarlo por otras necesidades, como apoyos y servicios a largo plazo, salud conductual, discapacidad intelectual o del desarrollo y trastorno por abuso de sustancias.

Un profesional de enfermería o un trabajador social se comunicará con usted, quienes serán responsables de establecer una hora y lugar acordados para la cita para su evaluación de Nivel 1.

Si HAP CareSource MI Health Link es nuevo para usted, puede seguir recibiendo servicios y utilizando los médicos y otros proveedores que usa ahora durante al menos 90 días a partir de la fecha de inicio de su inscripción.

Los servicios de apoyo a la habilitación, los servicios de exención o de especialidad y los servicios del Programa de apoyos proporcionados por el Plan de salud prepagado para pacientes hospitalizados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP) que usted pueda estar recibiendo actualmente no cambiarán debido a su inscripción en HAP CareSource MI Health Link. Para el resto de los servicios, podrá continuar atendiéndose con los médicos y proveedores que usa ahora hasta por 180 días desde la fecha de inicio de su inscripción.

Después de 90 días, deberá visitar a médicos y otros proveedores de la red HAP CareSource MI Health Link. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo obtener atención.

G. Su plan de atención

Su plan de atención es el plan que determina qué servicios de salud recibirá y cómo los obtendrá.

Luego de la evaluación de las necesidades de salud, su equipo de atención se reunirá con usted para hablar acerca los servicios médicos que necesita y desea obtener. Juntos, usted y su equipo de atención elaborarán un plan de atención.

Cada año, su equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención en caso de que cambien los servicios de salud que necesita y desea.

H. Prima mensual del plan HAP CareSource MI Health Link

HAP CareSource MI Health Link no tiene una prima mensual del plan.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



I. El Manual del Afiliado

Este *Manual del Afiliado* es parte del contrato que celebramos con usted. Esto significa que tenemos que obedecer todas las normas que contiene este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, usted puede apelar, o recusar, nuestra acción. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del Afiliado* llamando a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. También puede consultar el *Manual del Afiliado* en **HAPCareSource.com** o descargarlo desde este sitio web.



El contrato estuvo vigente durante los meses en que estuvo inscrito en HAP CareSource MI Health Link entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

J. Otra información importante que recibirá de nosotros

Ya debe haber recibido una tarjeta de identificación de afiliado a HAP CareSource MI Health Link, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación de afiliado a HAP CareSource MI Health Link

De conformidad con el programa, usted recibirá una tarjeta para los servicios de Medicare y Medicaid de Michigan, incluso para los servicios y apoyos a largo plazo, así como para las recetas. Debe exhibir dicha tarjeta cuando obtiene cualquier servicio o las recetas cubiertos por el plan. A continuación, le proporcionamos un ejemplo de la tarjeta de afiliado para mostrarle cómo se verá la

  	
Member Name: <FirstName> <LastName> <MI> Member ID #: <12345678900> Medicaid ID#: <12345678900> Health Plan: <XXXX> Primary Care Provider (PCP) Name: <PCP Name> PCP Phone: <1-XXX-XXX-XXXX> MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: \$0	RxBIN - <610014> RxPCN - <MEDDPRIME> RxGRP - <CSMMMP> RxID - <XXXXXXXXXXXXXX> 
IN AN EMERGENCY, CALL 9-1-1 OR GO TO THE NEAREST EMERGENCY ROOM (ER) OR OTHER APPROPRIATE SETTING. If you are not sure if you need to go to the ER, call your PCP or the 24-Hour Nurse Advice line.	
Member Services: 1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 or 711) <Dental (Delta Dental): 1-866-327-0540 <Hearing (NationsBenefits): 1-877-269-9234 <Vision (EyeMed): 1-833-918-0481 Care Coordination: <1-833-230-2057> Pharmacy Help Desk: <1-800-922-1557> Claims Inquiry: <1-833-230-2159> Provider Questions: <1-833-230-2159> PHIP General Information Line: <Macomb: 1-855-996-2264 Wayne: 1-800-241-4949> 24/7 Behavioral Health Crisis Line: <Macomb: 1-855-927-4747 Wayne: 1-800-241-4949> <24-Hour Nurse Advice Line: 1-833-687-7370 (833-NURSE-70)	
Send Medical claims to: <HAP CareSource ATTN: Claims P.O. Box 1186 Dayton, OH 45401-1186> Send Pharmacy claims to: Express Scripts ATTN: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718 Website: HAPCareSource.com	

suya:

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

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Mientras usted esté afiliado a nuestro plan, no necesitará usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Medicaid de Michigan para obtener servicios. Conserve sus tarjetas en un lugar seguro en caso de que las necesite más adelante. Si usted muestra su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de identificación de afiliado a HAP CareSource MI Health Link, el proveedor podría llegar a facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir la factura. Consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los nombres de los proveedores y las farmacias que se encuentran dentro de la red HAP CareSource MI Health Link. Mientras usted esté afiliado a nuestro plan debe usar los proveedores y las farmacias que pertenecen a la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte el Capítulo 3).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (electrónicamente o en forma impresa), en cualquier momento, llamando a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Los directorios de proveedores y farmacias impresos solicitados se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en **HAPCareSource.com** o descargarlo de este sitio web.

Tanto Servicios para Afiliados como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada acerca de cambios en nuestros proveedores de la red.

- Proveedores de especialidad
- Horarios de atención
- Certificaciones del consejo
- Se aceptan o no se aceptan nuevos pacientes
- Idiomas hablados
- Afiliaciones a hospitales
- Ubicación de la farmacia

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de HAP CareSource MI Health Link incluyen:
 - médicos, profesionales de enfermería, psicólogos, especialistas en audición, odontología o visión, enfermeros, farmacéuticos, terapeutas y otros profesionales de la atención médica a los que puede acudir como afiliado a nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brinden servicios de salud contemplados en nuestro plan; y

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipos médicos permanentes y otras personas que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medicaid de Michigan.

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

Definición de las farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias (droguerías) que han acordado surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Usted puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red cuyos servicios desee utilizar.
- Salvo en una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan pague por estas.

Llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, para obtener más información. Tanto Servicios para Afiliados como el sitio web de HAP CareSource MI Health Link pueden brindarle la información más actualizada acerca de los cambios en las farmacias y proveedores de nuestra red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la “*Lista de medicamentos*” en forma abreviada. Indica qué medicamentos con receta están cubiertos por HAP CareSource MI Health Link.

La *Lista de medicamentos* también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, aunque puede ser que ocurran algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite **CareSource.com/mi/members/tools-resources/find-my-prescriptions/mmp/mihealthlink** o llame al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

J4. Explicación de beneficios

Cuando use sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un resumen para ayudarle a entender y dar seguimiento a los pagos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB).

La EOB le informa el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en sus medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información acerca de los medicamentos que toma. El Capítulo 6 le brinda más información sobre la EOB y cómo puede ayudarle a dar seguimiento a su cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible una EOB si la solicita. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Afiliados.

Reduzca el desorden y deje de usar papel con la Explicación electrónica de beneficios de la Parte D iniciando sesión en **CareSource.com/mi/plans/mihealthlink/benefits-services/pharmacy/**.

K. Cómo mantener actualizada la información de su registro de afiliación

Puede mantener actualizado su registro de afiliación al informarnos cuando cambia su información.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan deben tener información correcta sobre usted.

Usan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le costarán. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos lo siguiente:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número telefónico.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de atención médica que tenga, como por ejemplo, de parte de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, o de la indemnización de los trabajadores.
- Cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Admisión en una residencia geriátrica o a un hospital.
- Atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Cambios con respecto a quién es su cuidador (o quien sea responsable de usted).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (NOTA: Usted no tiene la obligación de decirle al plan en qué estudios de investigación clínica tiene previsto participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna información, háganoslo saber llamando a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

La información contenida en su registro de afiliación puede incluir información médica personal (Personal Health Information, PHI). Estamos obligados por ley a mantener su PHI privada. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para importantes recursos que le pueden ayudar a responder sus preguntas acerca de HAP CareSource MI Health Link y sus beneficios de atención médica. También puede consultar este capítulo para obtener información acerca de cómo comunicarse con su administrador de atención médica y otros que puedan cumplir la función de un defensor en su nombre. Los términos claves y sus definiciones se encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Cómo comunicarse con su coordinador de la atención.....	17
A1. Cuándo comunicarse con su coordinador de la atención	17
B. Cómo comunicarse con los Servicios para Afiliados a HAP CareSource MI Health Link	18
B1. Cuándo comunicarse con Servicios para Afiliados	19
C. Cómo comunicarse con la Línea de asesoría en enfermería disponible las 24 horas.....	21
C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoría en enfermería las 24 horas	21
D. Cómo comunicarse con la Línea de información general de salud conductual y la Línea de crisis de salud conductual	22
D1. Cuándo comunicarse con la Línea de información general de salud conductual.....	23
D2. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual.....	23
E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)	24
E1. Cuándo comunicarse con el MMAP	24
F. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	25
F1. Cuándo comunicarse con Livanta	25
G. Cómo comunicarse con Medicare	26
H. Cómo comunicarse con Medicaid de Michigan.....	27
I. Cómo comunicarse con el programa de Ómbudsman de MI Health Link.....	28

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



J. Cómo comunicarse con el Programa de Ómbudsman de Atención a Largo Plazo de Michigan.....	28
K. Cómo denunciar fraude y abuso.....	29

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.

A. Cómo comunicarse con su coordinador de la atención

Un coordinador de atención es un profesional de la salud que le ayudará a recibir atención y servicios que afectan su salud y bienestar. Se le asigna un coordinador de la atención cuando se inscribe en HAP CareSource MI Health Link. Su coordinador de la atención lo conocerá y trabajará con usted, sus médicos y otros cuidadores para asegurarse de que todo funcione en conjunto para usted. Puede compartir su historia clínica con el coordinador de la atención y establecer metas para llevar una vida saludable. Siempre que tenga una pregunta o un problema relacionados a su salud, los servicios o la atención que le brindamos, puede llamar a su coordinador de la atención. **Su coordinador de la atención es la persona a la que debe acudir** para HAP CareSource MI Health Link.

Nuestro objetivo en HAP CareSource MI Health Link es satisfacer sus necesidades de la mejor manera para usted. Es por ello que llamamos a nuestro programa "centrado en la persona". El proceso de planificación centrado en la persona consiste en que usted trabaje con el coordinador de la atención para crear un plan de atención que se ajuste a **sus** metas, elecciones y capacidades. Al crear el plan de atención, puede involucrar a las personas que considere clave para su éxito, como familiares, amigos o representantes legales.

LLAME AL	1-833-230-2057. Esta llamada es gratuita. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-833-711-4711 o 711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
ESCRIBA A	HAP CareSource MI Health Link P.O. Box 1025 Dayton, OH 45401
SITIO WEB	HAPCareSource.com

A1. Cuándo comunicarse con su coordinador de la atención

- Si tiene preguntas sobre su atención médica
- Si tiene preguntas acerca de cómo obtener servicios de salud conductual, transporte y apoyos y servicios a largo plazo (Long term supports and services, LTSS)

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



- Si tiene preguntas sobre cualquier otro apoyo y servicio que necesite

Se proporcionan apoyos y servicios a largo plazo para ayudar a los afiliados a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y mejorar su calidad de vida. Usted debe calificar para participar con este tipo de servicios.

En algunos casos, usted puede obtener ayuda con su atención médica diaria y sus necesidades básicas para vivir. Es posible que pueda recibir estos servicios:

- servicios de enfermería especializada
- fisioterapia
- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios de cuidados personales
- atención médica en el hogar

Consulte el Capítulo 4 para obtener información adicional sobre los servicios de exención domiciliarios y basados en la comunidad.

B. Cómo comunicarse con los Servicios para Afiliados a HAP CareSource MI Health Link

LLAME AL	<p>1-833-230-2057. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-833-711-4711 o 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p> <p>De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p>
ESCRIBA A	<p>HAP CareSource MI Health Link P.O. Box 1025 Dayton, OH 45401</p>
SITIO WEB	<p>HAPCareSource.com</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.

B1. Cuándo comunicarse con Servicios para Afiliados

- Si tiene preguntas sobre el plan
- Preguntas acerca de reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de afiliado
- Para obtener información sobre las decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos, o
 - el monto que pagaremos por sus servicios médicos.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión que tomamos respecto de la cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Reclamaciones sobre su atención médica
 - Puede presentar una reclamación sobre nosotros o cualquier proveedor (incluidos los proveedores que no pertenecen a la red o que pertenecen a la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una reclamación sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) (consulte la Sección F a continuación).
 - Si su reclamación es sobre una decisión de cobertura o sobre su atención médica o sus medicamentos, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una reclamación sobre HAP CareSource MI Health Link directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario que se encuentra disponible en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



- Para obtener más información sobre la presentación de una reclamación, consulte el Capítulo 9.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura es una decisión respecto de:
 - sus beneficios y servicios y medicamentos cubiertos, o
 - el monto que pagaremos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D, los medicamentos con receta de Medicaid de Michigan y los medicamentos de venta libre de Medicaid de Michigan.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos con receta, consulte el capítulo 9.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que rectifiquemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9 o comuníquese con Servicios para Afiliados a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.
- Reclamaciones sobre sus medicamentos
 - Usted puede presentar una reclamación sobre nosotros o cualquier proveedor o farmacia. Esto incluye una reclamación sobre sus medicamentos con receta.
 - Si la reclamación se relaciona con una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una reclamación sobre HAP CareSource MI Health Link directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario que se encuentra disponible en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información acerca de cómo presentar una reclamación acerca de sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Para el pago de la atención médica o de los medicamentos por los que usted ya pagó

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.**

- Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.
- Si solicita que efectuemos el pago de una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones.

C. Cómo comunicarse con la Línea de asesoría en enfermería disponible las 24 horas

Como afiliado a HAP CareSource MI Health Link, si tiene preguntas sobre su salud general o una afección específica, nuestra línea de consejo de enfermería las 24 horas puede ayudarla.

Este servicio lo conecta con enfermeros diplomados, con el apoyo de médicos certificados por la junta, y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

LLAME AL	<p>1-833-687-7370. Esta llamada es gratuita.</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>1-833-711-4711 o 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana</p>

C1. Cuándo comunicarse con la Línea de asesoría en enfermería las 24 horas

- Si tiene preguntas sobre su atención médica

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.**



D. Cómo comunicarse con la Línea de información general de salud conductual y la Línea de crisis de salud conductual

Los servicios de salud conductual estarán disponibles para los afiliados a HAP CareSource MI Health Link a través de la red local de proveedores del Plan de salud para pacientes hospitalizados prepagados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP). Los afiliados que reciben servicios a través del PIHP continuarán recibiendo los de acuerdo con su plan de atención. HAP CareSource MI Health Link proporcionará los servicios de cuidado personal que antes brindaba el programa de ayuda en el hogar del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS). Otros servicios necesarios desde el punto de vista médico de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por uso de sustancias, incluida la psicoterapia o el asesoramiento (individual, familiar y grupal) cuando se indiquen, están disponibles y coordinados a través del plan de salud y PIHP. No existe una manera incorrecta de solicitar o recibir estos servicios.

Si tiene preguntas sobre sus servicios de salud conductual, comuníquese con HAP CareSource MI Health Link. Si necesita asistencia inmediata o está experimentando una crisis de salud conductual, marque 988 para comunicarse con la Línea Nacional de Prevención del Suicidio y para Crisis o comuníquese con uno de los recursos de crisis que se enumeran a continuación.

Línea de información general de salud conductual:

LLAME AL	<p>Condado de Macomb: 1-855-996-2264. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De 8 a. m. a 7:45 p. m., los 7 días a la semana (excepto en los días festivos principales).</p> <p>Condado de Wayne: 1-888-490-9698. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De 8 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>Condado de Macomb: 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De 8 a. m. a 7:45 p. m., los 7 días a la semana (excepto en los días festivos principales).</p> <p>Condado de Wayne: 1-800-630-1044. Esta llamada es gratuita.</p> <p>De 8 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y de habla.</p> <p>Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.**

D1. Cuándo comunicarse con la Línea de información general de salud conductual

- si tiene preguntas acerca de los servicios de salud conductual
- dónde y cómo obtener una evaluación
- dónde ir para obtener servicios
- una lista de otros recursos comunitarios

Línea de crisis de salud conductual:

LLAME AL	<p>Condado de Macomb: 1-586-307-9100. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Condado de Wayne: 1-800-241-4949. Esta llamada es gratuita.</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>Condado de Macomb: 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Condado de Wayne: 1-800-630-1044. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana</p>

D2. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual

- ideas suicidas
- información sobre salud/enfermedades mentales
- abuso de sustancias/adicción
- ayudar a un amigo o ser querido
- problemas de pareja
- abuso/violencia
 - Si usted es objeto o sospecha de abuso, negligencia o maltrato, puede **llamar a los Servicios de Protección para Adultos (Adult Protective Services, APS) al 1-855-444-3911 a cualquier hora del día o de la noche** para hacer una denuncia. APS investigará dentro de las 24 horas posteriores a su denuncia.
- problemas económicos que causan ansiedad/depresión
- soledad
- Problemas familiares
- Si tiene una emergencia de vida o muerte, llame al 9-1-1 o utilice el hospital más cercano.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.

- Si tiene preguntas acerca de los servicios de trastorno por consumo de sustancias

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) brinda seguro de salud asesoramiento gratuita a las personas con Medicare. Sin embargo, en Michigan, se llama Programa de Asistencia de Medicare y Medicaid de Michigan (Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program, MMAP).

El MMAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud.

LLAME AL	1-800-803-7174. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es el siguiente: De 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.
TRS	711 Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
ESCRIBA A	6105 St Joe Hwy #204 Lansing Charter Township, MI 48917
CORREO ELECTRÓNICO	info@mmapinc.org
SITIO WEB	mmapinc.org/

E1. Cuándo comunicarse con el MMAP

- Preguntas acerca de su seguro de salud de Medicare y Medicaid de Michigan
 - Los asesores de MMAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a:
 - comprender sus derechos,
 - comprender la cobertura de medicamentos, como medicamentos con receta y de venta libre,
 - comprender las opciones de su plan,
 - presentar quejas acerca de su tratamiento o atención médica, y

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



- solucionar los problemas con sus facturas.

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

Nuestro estado utiliza una organización llamada Livanta para el mejoramiento de la calidad. Este es un grupo de médicos y de otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas que cuentan con la cobertura de Medicare. Livanta no tiene relación con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-524-9900 . Esta llamada es gratuita.
TTY	1-888-985-8775 Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
ESCRIBA A	Livanta 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com

F1. Cuándo comunicarse con Livanta

- Si tiene preguntas sobre su atención médica
 - Puede presentar una reclamación sobre la atención que recibió si usted:
 - tiene un problema con la calidad de la atención,
 - piensa que su estadía en el hospital termina demasiado pronto; o
 - piensa que la cobertura de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan demasiado pronto.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



G. Cómo comunicarse con Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros para Servicios de Medicare y Medicaid o CMS.

LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda la información más actualizada sobre Medicare. También cuenta con información sobre hospitales, residencias geriátricas, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospicios.</p> <p>Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para adultos mayores podría ayudarle a visitar este sitio web usando sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare y explicarles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.

H. Cómo comunicarse con Medicaid de Michigan

Medicaid de Michigan ayuda con los servicios médicos y a largo plazo y brinda apoyo con los costos a aquellas personas cuyos ingresos y recursos son limitados.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid de Michigan. Si usted tiene preguntas acerca de la ayuda que recibe de Medicaid de Michigan, llame a la Línea directa de Ayuda al Beneficiario.

Hay varias oficinas locales del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Cada condado tiene al menos una oficina local donde se puede obtener información relacionada con Medicaid. Consulte la lista en el siguiente sitio web para conocer la ubicación y la información de contacto:

www.mdhs.michigan.gov/CompositeDirPub/CountyCompositeDirectory.aspx

LLAME AL	Línea de ayuda al beneficiario 1-800-642-3195. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-866-501-5656 Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
ESCRIBA A	PO Box 30479 Lansing, MI 48909-7979

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan determina la elegibilidad para Medicaid de Michigan. Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad o renovación anual de Medicaid de Michigan, comuníquese con su especialista del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si tiene preguntas generales sobre los programas de asistencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos llame al 1-800-642-3195, de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.

I. Cómo comunicarse con el programa de Ómbudsman de MI Health Link

El programa de Ómbudsman de MI Health Link ayuda a las personas inscritas en MI Health Link. Ellos trabajan como defensores en su nombre. Pueden responder sus preguntas si tiene problemas o reclamaciones y le pueden ayudar a saber qué debe hacer. El Ómbudsman de MI Health Link también ayuda a las personas inscritas en Medicaid de Michigan con problemas relacionados con servicios o facturación. El Ómbudsman de MyCare Ohio no está relacionado con nuestro plan, o con alguna compañía aseguradora o plan de salud. Los servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-746-6456
TTY	711 Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.
CORREO	help@mhlo.org
SITIO WEB	www.mhlo.org

J. Cómo comunicarse con el Programa Ómbudsman de Atención a Largo Plazo de Michigan

El Programa Ómbudsman de Atención a Largo Plazo de Michigan ayuda a las personas a aprender sobre los hogares de ancianos y otros entornos de atención a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estos entornos y los residentes o sus familias.

LLAME AL	1-866-485-9393
ESCRIBA A	State Long Term Care Ombudsman 15851 South US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
CORREO ELECTRÓNICO	mltcop.org/contact
SITIO WEB	mltcop.org/

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

K. Cómo denunciar fraude y abuso

Si sospecha que se está produciendo fraude, malversación o abuso, háganoslo saber.

LLAME AL	1-844-415-1272
FAX	1-800-418-2048
ESCRIBA A	HAP CareSource Attn: Program Integrity P.O. Box 1940 Dayton, OH 45401-1940
CORREO ELECTRÓNICO	fraud@caresource.com
SITIO WEB	CareSource.com/mi/members/tools-resources/fraud-waste-abuse/mihealthlink

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos específicos y reglas que usted debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con HAP CareSource MI Health Link. También le brinda información acerca de su coordinador de la atención, cómo obtener atención de distintos tipos de proveedores y, en ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando se le envía una factura por los servicios cubiertos por nuestro plan, y las reglas para poseer equipo médico permanente (Durable Medical Equipment, DME). Los términos claves y sus definiciones se encontrarán por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Información acerca de los “servicios”, los “servicios cubiertos”, los “proveedores” y los “proveedores de la red”	32
B. Reglas para obtener atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan.....	32
C. Información acerca de coordinador de la atención	34
C1. Qué es un coordinador de la atención.....	34
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de la atención	35
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de la atención	35
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red	35
D1. Atención de parte de un proveedor de atención primaria	35
D2. Atención de parte de especialistas y otros proveedores de la red.....	36
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan.....	37
D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red.....	38
E. Cómo obtener servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	39
F. Cómo obtener servicios de salud conductual	39
G. Cómo participar en los acuerdos de autodeterminación	39
G1. ¿Cuáles son las disposiciones que apoyan autodeterminación?	40

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



G2. ¿Quién puede obtener acuerdos que apoyen la autodeterminación?	40
G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores.....	40
H. Cómo obtener servicios de transporte	41
I. Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesidad urgente de atención médica, o durante un desastre	41
I1. Atención cuando tiene una emergencia médica	41
I2. Atención de urgencia.....	43
I3. Atención durante un desastre.....	44
J. Qué hacer si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos por nuestro plan	44
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan.....	45
K. Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	45
K1. Definición de un estudio de investigación clínica.....	45
K2. Pago de los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica	46
K3. Obtenga más información acerca de los estudios de investigación clínica	46
L. Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted se encuentra en una institución religiosa no médica del cuidado de la salud	47
L1. Definición de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud.....	47
L2. Cómo obtener atención de parte de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud	47
M. Equipo médico permanente (DME).....	48
M1. DME como un afiliado a nuestro plan	48
M2. Propiedad del DME cuando usted se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	48
M3. Beneficios de equipo de oxígeno como afiliado a nuestro plan.....	49
M4. Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o Medicare Advantage	49

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.



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

Servicios: la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, la salud conductual, los medicamentos con receta y de venta libre, el equipo y otros servicios. Servicios cubiertos: cualquiera de estos servicios por los que paga nuestro plan. La atención médica y los servicios y apoyos a largo plazo se enumeran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Los proveedores comprenden a médicos, enfermeras, dentistas, oftalmólogos, especialistas en audición y otras personas que le brindan servicios y atención. El término proveedores también incluye a los hospitales, a las agencias de atención médica domiciliaria, a las clínicas y a otros lugares que presten servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

Proveedores de la red: son los proveedores que trabajan con el plan de salud. Dichos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención médica que le brindan a usted. Cuando usted ve a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

HAP CareSource MI Health Link cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Michigan. Esto incluye servicios de salud conductual, apoyo y servicios a largo plazo y medicamentos con receta.

HAP CareSource MI Health Link, por lo general, pagará por la atención médica y otros apoyos y servicios que reciba si sigue las reglas del plan. Las únicas excepciones son que usted pague cualquier Monto de Pago al Paciente (Patient Pay Amount, PPA) que tenga por los servicios de un centro de enfermería según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Humanos local o cualquier prima del programa Freedom to Work que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Michigan Department of Health & Human Services, MDHHS). Para obtener más información de contacto de su oficina local de MDHHS visite www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.

Para tener la cobertura de nuestro plan:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe incluirse en la Tabla de beneficios del plan. (El cuadro se encuentra en el capítulo 4 de este manual).

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



- La atención debe considerarse **médicamente necesaria**. El concepto " médicamente necesario" significa que usted necesita los servicios, suministros o medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o a una residencia geriátrica. También significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas de la práctica médica.
- Debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya ordenado la atención o le haya dicho que consulte a otro médico. Al convertirse en afiliado usted deberá elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle su aprobación antes de que pueda usar a alguien que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama derivación de su **médico**. Es posible que HAP CareSource MI Health Link no cubra los servicios si no obtiene la aprobación. No necesita una derivación para ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Para obtener más información sobre las derivaciones, consulte la Sección D.
 - No necesita una derivación de su PCP para atención de emergencia o atención de urgencia o para un proveedor de salud de la mujer. ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin una derivación de su PCP? Para obtener más información, consulte la Sección I.
 - Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la Sección D.
 - **Nota:** Durante los primeros 90 días con nuestro plan, puede continuar utilizando sus proveedores actuales, sin costo alguno, si no forman parte de nuestra red. Durante los 90 días, nuestro coordinador de la atención se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores de nuestra red. Después de 90 días, ya no cubriremos la atención si continúa utilizando proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir atención de parte de los proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan de salud. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - El plan cubre atención médica de emergencia o atención médica necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué significa atención de emergencia o atención médica necesaria de urgencia , consulte la Sección I.
 - Si necesita atención médica que cubre nuestro plan, pero que los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarle, usted puede obtener la atención de un

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



proveedor fuera de la red. La autorización debería obtenerse del plan antes de solicitar la atención. En este caso, cubriremos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a este por un período breve. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se une por primera vez al plan, puede continuar recibiendo servicios y utilizando los médicos y otros proveedores que usa ahora durante, al menos, 90 días a partir de la fecha de inicio de su inscripción. Los servicios de apoyo a la habilitación, los servicios de exención o de especialidad y los servicios del Programa de apoyos proporcionados por el Plan de salud prepagado para pacientes hospitalizados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP) que usted pueda estar recibiendo actualmente no cambiarán debido a su inscripción en HAP CareSource MI Health Link. Para el resto de los servicios, podrá continuar atendiéndose con los médicos y proveedores que usa ahora hasta por 180 días desde la fecha de inicio de su inscripción. Su coordinador de la atención trabajará con usted para elegir nuevos proveedores y coordinar servicios dentro de este período. Llame a HAP CareSource MI Health Link para obtener información sobre los servicios en hogares de ancianos.

C. Información sobre su coordinador de la atención

C1. Qué es un coordinador de la atención

Un coordinador de la atención es una persona que trabajará con usted para ayudarlo a obtener los apoyos y servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Michigan que necesita y desea.

La coordinación de la atención es un proceso utilizado para ayudarle a acceder a los servicios de Medicare y Medicaid, así como a los servicios sociales, educativos y otros servicios de apoyo, independientemente de la fuente de financiación de los servicios. Al inscribirse, se le asigna un coordinador de la atención para ayudarle con sus necesidades de atención.

Utilizamos un enfoque centrado en la persona para coordinar la atención de nuestros afiliados. El enfoque centrado en la persona es un proceso para planificar y apoyar a un afiliado que recibe servicios que se basa en su deseo de participar en actividades que promuevan la vida comunitaria y que respeten sus preferencias, elecciones y habilidades. El proceso de planificación centrado en la persona lo lidera usted e involucra a personas que usted considera importantes para su éxito, como familiares, amigos o representantes legales.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.HAPCareSource.com).

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de la atención

Su coordinador de la atención le proporcionará su número para contactarle directamente.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de la atención

Si en cualquier momento decide que desea cambiar su coordinador de la atención, puede hacerlo simplemente solicitándolo a través del gerente de nuestro Departamento de administración de la atención. Puede llamar a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p.m., de lunes a viernes para iniciar el proceso.

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

D1. Atención de parte de un proveedor de atención primaria

Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le proporcione y gestione su atención médica.

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

Por lo general, un PCP se define como el proveedor de atención médica principal de un afiliado en una situación que no sea de emergencia. Los PCP son principalmente médicos de familia o profesionales de medicina interna.

Las funciones de un PCP es:

- coordinación de los servicios cubiertos
- la toma de decisiones o la obtención de una autorización previa (Prior authorization, PA), si corresponde

Su elección de PCP

Puede obtener servicios de cualquier proveedor que pertenezca a la red y que acepte nuevos pacientes.

Primero, debe elegir un proveedor de atención primaria.

Si necesita ayuda para elegir a un PCP, llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. O bien, visite **HAPCareSource.com**.

Opción de cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP si el que tiene ahora deja de pertenecer a la red.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



Llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. El representante con el que hable podrá ayudarle a elegir un nuevo proveedor, o bien, usted puede elegir uno por su cuenta accediendo al inicio de sesión de afiliados en **HAPCareSource.com**.

Cuando cambie de PCP, esto entrará en vigencia de inmediato.

Servicios que puede obtener sin tener que obtener primero la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de recurrir a otros proveedores. A esta aprobación se le denomina derivación. Puede recibir servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia que prestan los proveedores de la red o los proveedores fuera de la red.
- Atención de urgencia de proveedores de la red.
- Atención urgente de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan).

NOTA: los servicios deben ser inmediatos y necesarios desde el punto de vista médico.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios para Afiliados antes de abandonar el área de servicio. Podemos ayudarle a hacerse diálisis mientras está fuera).
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios rutinarios de atención médica femenina y planificación familiar. Esto incluye exámenes de seno, mamografías de evaluación (radiografías de seno), Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir los servicios de un proveedor de salud indígena, es posible que pueda atenderse con este proveedor sin una derivación.

D2. Atención de parte de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Aquí hay algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con afecciones en los huesos, en las articulaciones o con problemas musculares.

Su PCP puede derivarlo a cualquier médico de la red para que reciba servicios. Las derivaciones fuera de la red se aprueban de forma limitada, caso por caso.

Autorización previa significa que debe obtener la aprobación del plan antes de obtener un servicio o medicamento específico o consultar a un proveedor fuera de la red.

Si usted es nuevo en el plan, respetamos todos los servicios que fueron autorizados antes de la fecha de inscripción durante 90 días calendario después de la inscripción y no terminaremos los servicios al final de los 90 días sin previo aviso. Ayudaremos con la transición a otros servicios según sea necesario.

Usamos criterios de necesidad médica para tomar decisiones sobre procedimientos que requieren autorización previa. Los criterios de revisión se aplican de forma coherente cuando se toman decisiones sobre una autorización previa y el revisor consulta con su proveedor para obtener información o aclaraciones adicionales, si es necesario. Las revisiones de autorización previa son realizadas por profesionales con la experiencia adecuada en relación con los servicios bajo revisión. Al considerar las autorizaciones previas, se siguen plazos específicos.

Los afiliados y proveedores pueden acceder a nuestro sitio web en **HAPCareSource.com** para ver los servicios que requieren autorización previa.

Las autorizaciones previas para los afiliados actuales son solicitadas por su PCP. Todos los servicios que requieren una autorización previa se pueden encontrar consultando la Tabla de beneficios del Capítulo 4 de este manual.

D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted esté usando deje el plan. Si uno de nuestros proveedores deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestros proveedores de la red cambien durante el año, nosotros debemos brindarles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



- Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de su parte o si lo ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para asegurar que así sea, que las terapias o el tratamiento necesarios desde el punto de vista médico que está recibiendo no se interrumpa.
- Le proporcionaremos información acerca de los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que pueda tener para cambiar de planes.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, haremos los arreglos necesarios para que un especialista fuera de la red le proporcione atención médica cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que su atención no está siendo administrada correctamente, tiene derecho a presentar una reclamación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Si se entera de que uno de sus proveedores deja nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención. Llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

D4. Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

HAP CareSource MI Health Link ha formado una red sólida e integral de médicos, especialistas y hospitales. Sólo puede utilizar doctores que integran nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede llamar a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. O puede consultar el directorio de proveedores que se encuentra en nuestro sitio web en **HAPCareSource.com** para obtener la lista más actualizada de proveedores de la red.

Si su PCP lo deriva a un tipo de especialista que no está en nuestra red, el PCP debe comunicarse con HAP CareSource MI Health Link para obtener autorización previa. Luego, el PCP le dará una derivación para que vea a ese especialista. Si acude a un especialista que no pertenece a nuestra red y lo hace sin una derivación y autorización previa por parte del plan, usted será responsable de pagar los costos de esas consultas y servicios. Si tiene alguna pregunta sobre cómo acudir a

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



proveedores fuera de la red, comuníquese con Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Si usted ve a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Medicaid de Michigan.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o Medicaid de Michigan.
- Si usted ve a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, es posible que deba pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.
- A los proveedores fuera de la red se les paga la misma tarifa por servicio que a los proveedores dentro de la red por todos los servicios aprobados.

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

Los servicios y apoyos a largo plazo (Long term supports and services, LTSS) están disponibles para personas mayores y/o personas con discapacidades que cumplen con condiciones específicas. Las personas con afecciones médicas crónicas pueden necesitar ver a un especialista. En algunos casos, podría ser mejor que el especialista actúe como su médico. HAP CareSource MI Health Link permite que los afiliados con necesidades de LTSS tengan acceso directo a especialistas.

Para determinar la elegibilidad para los LTSS, debe participar después de completar una evaluación de Nivel 1 de sus necesidades médicas, de salud conductual, psicosociales y LTSS. La evaluación de Nivel 1 la realiza un coordinador de la atención y se puede hacer en persona o por teléfono. Por lo general, el plan determina la forma en que se realiza la evaluación. Su coordinador de la atención de HAP CareSource MI Health Link le derivará para una evaluación domiciliar de Nivel 2 si la evaluación de Nivel 1 identifica necesidades que puedan calificar para los LTSS. Debe completar la evaluación de Nivel 2 para que podamos identificar sus necesidades y determinar los posibles servicios para los que podría calificar. Las evaluaciones de Nivel 1 y Nivel 2 son necesarias para que reciba los LTSS.

F. Cómo obtener servicios de salud conductual

PIHP son las siglas en inglés de Plan médico prepagado para pacientes internados (Pre-paid Inpatient Health Plans). El PIHP es una organización contratada por el Departamento de Salud Comunitaria de Michigan para administrar los servicios de salud mental de la comunidad en nuestro estado.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



Si vive en el condado de Macomb, los servicios por consumo de sustancias y de salud conductual de MI Health Link se coordinan a través de HAP CareSource MI Health Link. Comuníquese con su coordinador de la atención o Servicios para Afiliados para obtener más información. Para comunicarse con el PIHP directamente, consulte la información de contacto en el Capítulo 2.

Si vive en el condado de Wayne, los servicios por consumo de sustancias y de salud conductual de MI Health Link se coordinan con HAP CareSource MI Health Link y Wayne Community Mental Health. El Centro de acceso PIHP proporciona evaluación telefónica y le ayuda a programar una cita en una clínica cerca de usted. Usted seguirá teniendo su coordinador de la atención de HAP CareSource MI Health Link, pero tendrá el beneficio adicional de trabajar directamente con un especialista del PIHP.

Este beneficio es para cualquier afiliado a HAP CareSource MI Health Link que necesite acceder a servicios de salud conductual, discapacidades intelectuales/del desarrollo o servicios sobre uso de sustancias.

Puede llamar a Servicios para Afiliados a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. El representante con el que hable puede ayudarle a ponerse en contacto con el PIHP para comenzar a acceder a este beneficio.

G. Cómo participar en los acuerdos de autodeterminación

G1. ¿Cuáles son las disposiciones que apoyan autodeterminación?

La autodeterminación es una opción disponible para los afiliados que reciben servicios a través del programa de exención domiciliaria y comunitaria de MI Health Link HCBS. Es un proceso que le permite diseñar y ejercer control sobre su propia vida.

- Esto incluye administrar una cantidad fija de dólares para cubrir sus apoyos y servicios autorizados. A menudo, esto se conoce como un "presupuesto individual".
- Si decide hacerlo, también tendrá control sobre la contratación y administración de proveedores.

G2. ¿Quién puede obtener acuerdos que apoyen la autodeterminación?

Existen mecanismos de apoyo a la autodeterminación disponibles para los afiliados que reciben servicios a través del programa de exención de servicios domiciliarios y basados en la comunidad llamado MI Health Link HCBS.

G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores

Puede trabajar con su coordinador de la atención para obtener ayuda para contratar proveedores.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



H. Cómo obtener servicios de transporte

Se proporcionará transporte no urgente organizado de antemano según sea necesario para adaptarse a las necesidades de nuestros afiliados. Comuníquese con Servicios para Afiliados dos (2) días hábiles antes de la fecha solicitada de transporte para hacer los arreglos. Nuestro número es **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Le pedimos que tenga a mano la mayor cantidad de información posible, incluidos, entre otros, el nombre y la dirección del lugar al que necesita transporte, la hora de llegada y la hora de salida solicitada.

Los afiliados que llaman a Servicios para Afiliados para solicitar transporte pueden recibir asistencia de diversas formas:

- Arreglos de autobús, taxi, furgoneta o transporte médico
- Reembolso de millas
- Transporte con elevador de automóviles o silla de ruedas

No se requiere derivación ni autorización previa para este servicio, pero el servicio debe coordinarse a través de Servicios para Afiliados.

I. Cómo obtener servicios cubiertos cuando necesita atención médica de emergencia o de urgencia, o durante un desastre

I1. Atención cuando tiene una emergencia médica

Definición de una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica que presenta dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con cierto conocimiento de salud y medicina podría saber que esto puede:

- representar un riesgo grave para su salud o, si está embarazada, para la salud de su bebé; **u**
- ocasionar un daño grave a las funciones corporales; **o**
- provocar una insuficiencia grave a cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
 - no se cuenta con el tiempo suficiente para trasladar de manera segura a la afiliada a otro hospital antes del parto.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



- el traslado a otro hospital puede representar un riesgo para la salud de la afiliada o del bebé por nacer.

Qué debe hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda tan pronto sea posible.** Llame al 911 o utilice la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No **necesita** obtener primero la aprobación o derivación de su PCP. No es necesario que vea a un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios de cualquier proveedor una licencia estatal adecuada.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de informarle a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos dar seguimiento a su atención médica de urgencia. Usted u otra persona, como su coordinador de la atención, debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Sin embargo, usted no tendrá que pagar por los servicios de emergencias debido a una demora en informarnos. Revise el número de contacto correspondiente en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

Servicios cubiertos durante una emergencia médica

Si necesita una ambulancia que lo lleve a la sala de emergencia, nuestro plan lo cubre. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Los proveedores que brindan atención de emergencia deciden cuándo su afección está estable y la emergencia médica ha terminado. Lo seguirán tratando y se comunicarán con nosotros para planificar si usted necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, conseguiremos proveedores de la red para que se hagan cargo de su atención tan pronto como sea posible. Tenga en cuenta que Medicare no brinda cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Qué hacer si tiene una emergencia de salud conductual

Si tiene una emergencia de salud conductual, marque al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. El hospital se pondrá en contacto con el PIHP para obtener ayuda adicional.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.

LLAME AL	<p>Condado de Wayne: 1-800-241-4949. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Macomb County: 1-855-927-4747. Esta llamada es gratuita.</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>Condado de Wayne: 1-866-870-2599. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Condado de Macomb: 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas con problemas auditivos y de habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana</p>

Obtener atención de emergencia aunque no haya sido una emergencia.

A veces, es difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que ingrese para recibir atención de emergencia y que el médico le diga que realmente no se trataba de una emergencia. Cubriremos su atención médica, siempre que usted considere, razonablemente, que su salud corre grave peligro.

No obstante, después de que el médico establezca que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional únicamente si:

- utiliza un proveedor dentro de la red, **o**
- la atención adicional que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir dicha atención. (Consulte la siguiente sección).

I2. Atención de urgencia

Definición de atención de urgencia

La atención de urgencia es atención que usted recibe por una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, podría tener un brote de una afección preexistente o una enfermedad o lesión imprevista.

Cómo obtener atención de urgencia si usted se encuentra en el área de servicio del plan.

En la mayoría de las circunstancias, cubriremos la atención médica necesaria de urgencia solo si:

- usted recibe la atención médica necesaria de urgencia de un proveedor de la red, **y**
- sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



Sin embargo, si no es posible o razonable llegar a un proveedor de la red, dado su tiempo, lugar o circunstancias, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Los centros de atención de urgencia de la red se encuentran en la sección Proveedores auxiliares de su directorio de proveedores. La lista más actualizada se puede encontrar en nuestro sitio web, **HAPCareSource.com**. También puede llamar a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, para obtener información sobre los centros de atención de urgencia en su área.

Cómo obtener atención de urgencia si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan.

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención médica necesaria de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención médica necesaria de urgencia ni cualquier otro tipo de atención médica si la recibe fuera de Estados Unidos o sus territorios.

I3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, o el Presidente de Estados Unidos declaran el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted mantiene el derecho a recibir atención de su HAP CareSource MI Health Link.

Visite el siguiente sitio web: **CareSource.com/mi/members/education/planning-ahead/disaster-readiness/mihealthlink** para obtener más información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Durante un desastre declarado, si usted no puede acceder a un proveedor de la red, nosotros le permitiremos obtener atención de parte de un proveedor fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede acceder a una farmacia de la red durante un desastre declarado, es posible que pueda surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

J. Qué hacer si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos por nuestro plan

Si un proveedor le envía una factura por un servicio cubierto, en lugar de enviársela al plan, usted puede pedirnos que paguemos la factura.

Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, el plan podrá reembolsarle el importe.

Si ha pagado por sus servicios cubiertos o si ha recibido una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 para saber qué debe hacer.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



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

HAP CareSource MI Health Link cubre todos los servicios:

- que se consideran médicamente necesarios, **y**
- que figuran en la Tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4), **y**
- que obtiene siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **es posible que usted deba pagar el costo total.**

Si usted desea saber si pagaremos por determinado servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirnos esto por escrito. Si le respondemos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 explica qué debe hacer si desea que el plan cubra un equipo o servicio médico. También explica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. Además, puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información sobre sus derecho de apelación.

Pagaremos determinados servicios hasta un cierto límite. Si usa por encima del límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios para Afiliados para averiguar cuáles son los límites y qué tan cerca está de alcanzarlos.

K. Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado estudio clínico) es un modo que los doctores tienen de probar nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare típicamente pide voluntarios que participen en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar, y usted expresa su interés, alguna persona que trabaje en el estudio se comunicará con usted. Dicha persona le informará sobre el estudio y determinará si usted califica para participar. Usted puede participar del estudio siempre que cumpla con las condiciones requeridas. También debe comprender y aceptar qué debe hacer en el transcurso del estudio.

Mientras participa del estudio, puede continuar inscrito en nuestro plan. De este modo usted continúa recibiendo atención médica que no esté relacionada con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita decirnos ni obtener nuestra aprobación o la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en los estudios de determinación de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED) y exención de dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica. Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de la atención deben ponerse en contacto con Servicios para Afiliados para informarnos que va a participar de un estudio clínico.

K2. Pago de los servicios cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no deberá pagar por los servicios cubiertos durante el estudio, y Medicare pagará por los servicios cubiertos durante el estudio, así como por los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tendrá cobertura para la mayoría de los equipos y servicios reciba como parte del estudio: Esto incluye:

- Habitación y alimentos para una estadía hospitalaria que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones que surjan de la nueva atención médica.

Si participa en un estudio que Medicare **no ha aprobado**, usted será responsable del pago de todos los costos que deriven de su participación en el estudio.

K3. Obtenga más información acerca de los estudios de investigación clínica

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

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.

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

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

Una institución religiosa no médica del cuidado de la salud es un centro que proporciona el tipo de atención que normalmente recibe en un hospital o centro de enfermería especializada. Si obtener atención médica en un hospital o en un centro de enfermería especializada se contradice con sus creencias religiosas, en su lugar le proporcionaremos la cobertura para recibir atención en una institución religiosa no médica del cuidado de la salud. Este beneficio se ofrece solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios no médicos del cuidado de la salud).

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

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

- Por tratamiento médico “no exceptuado” se entiende cualquier tipo de atención médica que se elija en forma voluntaria y que no sea obligatoria por ninguna ley federal, estatal o local.
- Por tratamiento médico “exceptuado” se entiende cualquier tipo de atención médica que no se elija y que sea obligatoria conforme alguna ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura a través de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica del cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a aquellos aspectos de la atención que se consideran no religiosos.
- Si usted recibe servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, corresponde lo siguiente:
 - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Usted debe obtener la aprobación previa por parte de nuestro plan antes de ser admitido al centro o su estadía no será cubierta.

Se aplican límites de cobertura hospitalaria para pacientes internados de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4 para obtener más detalles.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



M. Equipo médico permanente (DME)

M1. DME como un afiliado a nuestro plan

El DME incluye determinados artículos indicados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación del habla, equipo y suministros para oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será el propietario de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección, analizamos qué DME debe alquilar. Como afiliado a HAP CareSource MI Health Link, usted no será propietario de DME, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

En situaciones limitadas, le transferiremos la propiedad del DME a usted. Llame a Servicios para Afiliados para obtener información acerca de los requisitos que debe cumplir y los papeles que debe proporcionar.

Incluso si tuvo el DME hasta por 12 meses consecutivos bajo Medicare antes de unirse a nuestro plan, usted no será propietario del equipo.

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

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan cierto tipo de DME obtienen la propiedad después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage, el plan puede determinar la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que sean propietarios.

Nota: Puede encontrar las definiciones de los planes Medicare Original y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información acerca de estos en el manual *Medicare y usted 2025*. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo del sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted deberá realizar 13 pagos consecutivos en Medicare Original, o la cantidad de pagos consecutivos determinada por el plan Medicare Advantage, para pasar a ser propietario del DME si:

- no obtuvo la propiedad del DME mientras se encontraba dentro de nuestro plan, **y**
- usted abandona nuestro plan y obtiene los beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa de Medicare Original.

Si usted realizó pagos por el DME en un plan Medicare Original o Medicare Advantage antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o Medicare Advantage no cuentan para la cantidad de pagos que debe realizar luego de abandonar nuestro plan.**

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



- Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos en Medicare Original, o la cantidad de pagos consecutivos determinada por el plan Medicare Advantage, para obtener la propiedad del DME.
- No existen excepciones para este caso cuando regresa al plan Medicare Original o Medicare Advantage.

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

Si califica para que Medicare le cubra el equipo de oxígeno y está afiliado a nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno.
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Tubo y otros accesorios necesarios para el suministro de oxígeno y los contenidos de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno.

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario o si deja nuestro plan.

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

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y cambia a Medicare Original**, usted se lo alquilará al proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales del alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios antes indicados.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de que lo alquile por 36 meses**:

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

Si el equipo de oxígeno continúa siendo necesario **cundo finaliza el período de 5 años**:

- El proveedor ya no tiene que proporcionárselo y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Se lo alquilará a un proveedor por 36 meses.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



- El proveedor debe proporcionarle el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre HAP CareSource MI Health Link y cualquier restricción o límite para dichos servicios. También contiene información sobre los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones se encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos.....	52
A1. Durante emergencias de salud pública	53
B. Reglas para que los proveedores no le cobren los servicios	53
C. Tabla de beneficios de nuestro plan.....	53
D. Tabla de beneficios	55
E. Servicios cubiertos por fuera de HAP CareSource MI Health Link.....	113
E1. Cuidados de hospicio.....	113
E2. Servicios cubiertos por el plan o Plan de salud prepago para pacientes hospitalizados (PIHP)	114
F. Servicios que no están cubiertos por HAP CareSource MI Health Link, Medicare o Medicaid de Michigan.....	114

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le indica qué servicios paga HAP CareSource MI Health Link. También puede conocer qué servicios no están cubiertos. La información acerca de los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. Este capítulo también explica los límites de algunos servicios.

Usted no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener detalles sobre las reglas del plan. Las únicas excepciones son que usted pague cualquier:

- Monto de pago al paciente (Patient Pay Amount, PPA) que tiene por los servicios de un centro de enfermería, según lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- Prima del programa Freedom to Work. Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Michigan Department of Health & Human Services, MDHHS). Para obtener más información de contacto de su oficina local de MDHHS visite www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.

Los servicios de salud conductual de especialidad de Medicaid son proporcionados por los Planes de salud para pacientes hospitalizados prepagados (PIHP) o los Proveedores de servicios de salud mental comunitarios (CMHSP) regionales. Esto incluye servicios de salud mental, discapacidad intelectual y del desarrollo, y trastornos por uso de sustancias.

Si necesita apoyos y servicios relacionados con una afección de salud conductual, una discapacidad intelectual o del desarrollo, o un trastorno por uso de sustancias y vive en el condado de Macomb, comuníquese con el coordinador de la atención o con Servicios para Afiliados para obtener información sobre decisiones de cobertura, apelaciones, quejas y servicios de salud conductual.

Si necesita apoyos y servicios relacionados con una afección de salud conductual, una discapacidad intelectual o del desarrollo, o un trastorno por uso de sustancias y vive en el condado de Wayne, comuníquese con PIHP para obtener información sobre decisiones de cobertura, apelaciones, quejas y servicios de salud conductual.

Si recibe servicios proporcionados por el PIHP, también recibirá un *Manual del Afiliado* del PIHP que le explicará con más detalle la elegibilidad del PIHP y los servicios de especialidad cubiertos.

Dependiendo de los criterios de elegibilidad, algunos artículos, suministros, apoyos y servicios pueden ofrecerse a través de nuestro plan o del PIHP. Para asegurarse de que nuestro plan y el PIHP no paguen por los mismos artículos, suministros, apoyos o servicios, su coordinador de la atención puede ayudarle a obtener lo que necesite de nuestro plan o del PIHP. Los servicios del PIHP tienen diferentes criterios de elegibilidad o necesidad médica. Consulte la Sección F de este capítulo y el manual del PIHP para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos o sobre cómo acceder a los servicios, llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

A1. Durante emergencias de salud pública

Durante las emergencias de salud pública (por ejemplo, la pandemia de COVID-19) declaradas por el estado de Michigan, HAP CareSource MI Health Link continuará siguiendo las directrices proporcionadas por CMS y MDHHS para garantizar que las necesidades de seguridad y atención médica de nuestros afiliados estén cubiertas. HAP CareSource MI Health Link está comprometido con nuestros afiliados y trabajará diligentemente para mantenerle informado a medida que se reciba la orientación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes o visite nuestro sitio web en **HAPCareSource.com**.

B. Reglas para que los proveedores no le cobren los servicios

No permitimos que los proveedores de HAP CareSource MI Health Link le facturen por los servicios cubiertos. Nosotros les pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos de cualquier cargo. Esto es así, incluso si le pagáramos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por un servicio cubierto. Si es así, consulte el Capítulo 7 o llame a Servicios para Afiliados.

C. Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios que se incluye en la sección D le indica los servicios que paga el plan. Enumera las categorías de servicios en orden alfabético y explica los servicios cubiertos. Está dividido en dos secciones:

- Servicios genéricos
 - Se ofrece a todos los afiliados
- Exención de los servicios domiciliarios y basados en la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS)
 - Se ofrece únicamente a afiliados que:
 - requieren el nivel de atención de un centro de enfermería, pero no residen en un centro de enfermería, y
 - y tienen la necesidad de servicios de exención cubiertos

Pagaremos por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios únicamente cuando se cumplan las siguientes reglas. No debe pagar nada por el servicio listado en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen a continuación. Las únicas excepciones son que usted pague cualquier Monto de Pago al Paciente

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



(Patient Pay Amount, PPA) que tenga por los servicios de un centro de enfermería según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Humanos local o cualquier prima del programa Freedom to Work que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS). Para obtener más información de contacto de su oficina local de MDHHS visite www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Michigan se deben proporcionar de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medicaid de Michigan.
- Sus servicios (incluso la atención médica, los servicios, los suministros y el equipo) deben considerarse necesarios desde el punto de vista médico. El concepto "medicamente necesario" significa que usted necesita los servicios, suministros o medicamentos para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o a una residencia geriátrica. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas para la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará por la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 tiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda utilizar a alguien que no sea su PCP o utilizar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama referencia de tu médico. El Capítulo 3 proporciona más información sobre la obtención de una remisión y las situaciones en las que no necesita de una derivación.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de Beneficios tienen cobertura solo si el doctor u otro proveedor de la red obtienen primero de nuestra parte la aprobación por anticipado. A esto se le denomina autorización previa (prior authorization, PA). Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios con una nota al pie.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá el dibujo de una manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.


Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



D. Tabla de beneficios

Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Monitoreo de aneurisma de aorta abdominal</p> <p>El plan pagará por una sola prueba de detección por ultrasonido para las personas en riesgo. El plan cubre esta prueba de detección si usted tiene determinados factores de riesgo y si obtiene una derivación para esta de parte de su médico, médico asistente, enfermero/a profesional o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
	<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico.</p> <p>El plan también pagará por hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de más de 12 semanas de duración; • no específico (sin causa sistémica identificada, por ejemplo, no asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo <p>El plan pagará por 8 sesiones adicionales si muestra mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>Los tratamientos con acupuntura deben interrumpirse si no muestra mejoras o si empeora.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Equipo y suministros médicos adaptativos</p> <p>El plan cubre dispositivos, controles o aparatos que le permiten aumentar su capacidad para realizar actividades de la vida diaria o para percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el que vive. Los servicios pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ducha/bancos • sillón ascensor • asientos elevados para inodoro • alcanzadores • abrelatas de frascos • asientos de traslado • ascensores de baño/ascensores de habitación • discos giratorios • ayudas para el baño, como estropajos de mango largo • ayudas telefónicas • relojes automáticos/telefónicos o relojes que ayudan con los recordatorios de medicamentos • ganchos para botones o tiradores de cremallera • utensilios modificados para comer • ayudas modificadas para la higiene bucal • herramientas de aseo modificadas • almohadillas térmicas • recipientes para objetos punzocortantes • artículos para hacer ejercicio y otros artículos para terapia • monitor de presión arterial con salida de voz • suplementos nutricionales como Ensure <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>La autorización previa se requiere para algunos suministros.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Monitoreo y asesoría por consumo indebido de alcohol</p> <p>El plan pagará por una evaluación de detección de consumo indebido de alcohol para adultos que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Incluye a las mujeres embarazadas.</p> <p>Si el control del consumo indebido de alcohol resulta positivo, puede obtener un máximo de cuatro sesiones breves de asesoría personalizada por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante la asesoría), proporcionados por un proveedor de atención primaria o un profesional calificado en un ámbito de atención primaria.</p>	\$0
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen los servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia lo trasladará hacia el lugar más cercano donde se le pueda brindar atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave de forma tal que otras formas de traslado a un lugar de atención pudieran poner en riesgo su vida o, en el caso de estar embarazada, la vida o la salud de del bebé por nacer. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan.</p> <p>Si no se trata de una emergencia, el plan puede pagar por una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave de forma tal que otras formas de traslado a un lugar de atención pudieran poner en riesgo su vida o, en el caso de estar embarazada, la vida o la salud de del bebé por nacer.</p> <p>Nota: el plan cubrirá el transporte en ambulancia a los Servicios de Salud Conductual de Especialidad de Medicaid que son proporcionados por los Planes de Salud para Pacientes Hospitalizados Prepagados (PIHP) o los Proveedores de Servicios de Salud Mental Comunitarios (CMHSP) regionales, incluidos los servicios de salud mental, discapacidad intelectual y del desarrollo, y trastornos por uso de sustancias, ya sea para una situación de emergencia o no.</p> <p>Se requiere autorización previa para transporte aéreo y terrestre que no sea de emergencia.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.





Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha estado en la Parte B de Medicare por más de 12 meses, puede obtener un chequeo anual. Esta es una visita para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan pagará por esto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Usted no puede realizarse su primer control anual dentro de los 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Obtendrá cobertura para los controles anuales una vez que haya tenido cobertura de la Parte B durante 12 meses. No necesita haber realizado primero la visita “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0
	<p>Densitometría ósea</p> <p>El plan pagará determinados procedimientos para los afiliados que califiquen (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea u osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea.</p> <p>El plan pagará por los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son necesarios desde el punto de vista médico. El plan también pagará para que un médico observe y comente los resultados.</p>	\$0
	<p>Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía)</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 control cada 12 meses para mujeres de 40 años o mayores. • Exámenes clínicos de seno cada 24 meses. 	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>El plan pagará por los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los afiliados deben cumplir con ciertas condiciones con una derivación 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>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p>	\$0
	<p>Visita para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedades cardíacas)</p> <p>El plan paga por una visita al año con su proveedor de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de contraer una enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su proveedor puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hablarle sobre el uso de aspirina, • controlar su presión arterial, o • brindarle consejos para asegurarse de que usted está alimentándose bien. 	\$0
	<p>Prueba de enfermedad cardiovascular (del corazón)</p> <p>El plan paga los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también controlan la existencia de defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para todas las mujeres: los Papanicolaou y exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • para mujeres que están en alto riesgo de cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • para mujeres que se han realizado una prueba de Papanicolaou con anomalías en los últimos 3 años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	\$0
	<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. • Radiografías de diagnóstico. <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Evaluación de detección de cáncer colorrectal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene una limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez 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 cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de haberles hecho una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes que tienen alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Evaluaciones de detección de pruebas de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no reúnen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no reúnen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes que tienen alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Prueba de detección del cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> El enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y de 45 años en adelante. Una vez al menos 48 meses después de la última evaluación de detección de enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las evaluaciones 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>	
<p>Servicios para trabajadores en salud comunitaria (CHW)</p> <p>Los trabajadores en salud comunitaria (Community Health Worker, CHW) son proveedores de salud pública sin licencia que facilitan el acceso a los servicios sociales y de salud necesarios para los afiliados. Los servicios de los CHW se centran en la prevención de enfermedades, discapacidades y otras afecciones crónicas o su progresión, y en la promoción de la salud física y mental. Los servicios de los CHW deben ser recomendados por un proveedor autorizado.</p> <p>Las condiciones que pueden definir la elegibilidad de un afiliado para recibir los servicios de CHW incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> diagnóstico de una o más afecciones crónicas, incluida la salud conductual; necesidades sociales no satisfechas relacionadas con la salud presuntas o documentadas; o embarazo y posparto. <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de transición comunitaria</p> <p>El plan pagará gastos únicos para que usted realice la transición de un hogar de ancianos a otra residencia donde usted sea responsable de su propio régimen de vivienda. Los servicios cubiertos pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vivienda o depósitos de seguridad • conexiones y depósitos de servicios públicos (sin incluir televisión e Internet) • muebles (limitados) • electrodomésticos (limitados) • gastos de mudanza (no incluye dispositivos de diversión ni recreativos) • limpieza, incluida la erradicación de plagas, el control de alérgenos y la limpieza general. <p>Este servicio no incluye el alquiler mensual continuo ni los gastos hipotecarios, los cargos habituales por servicios públicos ni los artículos que tengan fines puramente distraídos o recreativos. La cobertura está limitada a una vez por año.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0
 <p>Asesoría para dejar de fumar o usar tabaco</p> <p>Si usted usa productos de tabaco, pero no presenta señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el uso de tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como un servicio preventivo. ¡Este servicio es gratuito para usted! Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas personalizadas. <p>Si usted usa productos de tabaco y ha sido diagnosticado con alguna enfermedad relacionada con el uso de tabaco o está tomando medicamentos que pudieran ser afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará por dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses. Cada intento de asesoría incluye hasta cuatro visitas personalizadas. 	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




<p>Servicios odontológicos</p> <p>HAP CareSource MI Health Link pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los exámenes y evaluaciones se cubren una vez cada seis meses • la limpieza es un beneficio cubierto una vez cada seis meses • el tratamiento con fluoruro diamino de plata está cubierto con un máximo de seis aplicaciones durante la vida útil • radiografías <ul style="list-style-type: none"> ○ las radiografías interproximales son un beneficio cubierto solo una vez en un período de 12 meses ○ una radiografía panorámica es un beneficio cubierto una vez cada cinco años ○ una radiografía de boca completa o una serie completa de radiografías es un beneficio cubierto una vez cada cinco años • rellenos dentales • extracciones dentales • las prótesis dentales completas o parciales se cubren una vez cada cinco años • los selladores se cubren una vez cada tres años, si se cumplen los criterios • las restauraciones indirectas (coronas) se cubren una vez cada 5 años, por diente, si se cumplen los criterios • terapia de conducto radicular/retratamiento de conducto radicular previo • evaluación periodontal completa • raspado dental cuando existe inflamación • raspado periodontal y alisado radicular • otros mantenimientos periodontales • servicios de diagnóstico • endodoncia <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>
--	-------------------

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Servicios odontológicos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> servicios de restauración servicios orales/maxilofaciales <p>Cubrimos algunos servicios odontológicos cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico para la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de fractura o lesión, extracciones dentales en preparación para el tratamiento con radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales previos a un trasplante renal.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	
	<p>Prueba de detección de la depresión</p> <p>El plan pagará por una evaluación de depresión cada año. Esta evaluación debe realizarse en un ámbito de atención primaria donde se pueda brindar tratamiento de seguimiento y derivaciones, que incluyen derivaciones a su proveedor de atención primaria o al Plan de salud prepagado para pacientes hospitalizados (PIHP) para evaluaciones y servicios adicionales.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Servicios del Programa de Prevención de la Diabetes</p> <p>El plan pagará los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare y los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Michigan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) El plan pagará por los servicios de MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarlo a incrementar su conducta saludable. Brinda capacitación práctica en: <ul style="list-style-type: none"> cambios a largo plazo en la dieta, y aumento de la actividad física, y maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. Servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Michigan (Michigan Diabetes Prevention Program, MiDPP) El plan pagará por 28 sesiones estructuradas de una hora de duración para cambios saludables y conductuales proporcionadas por un asesor de estilo de vida inscrito en Medicaid asociado con un proveedor inscrito en MiDPP para afiliados que: <ul style="list-style-type: none"> Tiene sobrepeso u obesidad según lo definido por el índice de masa corporal (Body Mass Index, BMI) y tiene uno de los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> Niveles elevados de glucosa en sangre de acuerdo con los estándares de los CDC para los requisitos de nivel de glucosa en sangre Antecedentes de diabetes mellitus gestacional (Gestational diabetes mellitus, GDM) Puntaje de "alto riesgo" en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC <p>Una afiliada con diabetes tipo 1 o tipo 2 diagnosticada previamente o que actualmente está embarazada no puede inscribirse en MiDPP.</p> 	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Prueba de detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos este monitoreo (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta cualquiera de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • glucosa alta en la sangre (azúcar) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede calificar para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses posteriores a la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Capacitación en automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar sus niveles de glucosa en sangre, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ○ un monitor de glucosa en sangre ○ tiras reactivas y medidores de glucosa ○ dispositivos de lanceta y lancetas ○ soluciones para el control de la glucosa para corroborar la precisión de las tiras de prueba y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen la enfermedad del pie diabético grave, el plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ un par de zapatos terapéuticos a medida (incluye las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario, o ○ un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas extraíbles no personalizadas provistas con los zapatos). <p>El plan también cubre el ajuste de los zapatos terapéuticos a medida o los zapatos de profundidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En algunos casos, el plan pagará por la capacitación que le ayudará a manejar su diabetes. <p>Los suministros y servicios para la diabetes están limitados a fabricantes específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiras reactivas y medidores de glucosa: <ul style="list-style-type: none"> ○ Productos Abbott Diabetes y Trividia. • Monitores de glucosa continuos (Continuous glucose monitors, CGM): <ul style="list-style-type: none"> ○ Abbott Freestyle y Dexcom. <p>La autorización previa se requiere para algunos servicios y suministros.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de doula</p> <p>El plan pagará por diferentes tipos de servicios de doula, incluyendo doulas comunitarias, doulas prenatales, doulas de trabajo de parto y nacimiento y doulas posparto.</p> <p>El plan pagará doce visitas en total durante los períodos prenatal y posparto y una visita para asistencia al parto y al nacimiento. Se pueden solicitar visitas adicionales.</p> <p>El apoyo de la doula durante el período perinatal puede incluir, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios prenatales • servicios de trabajo de parto y parto • servicios posparto <p>La recomendación para los servicios de doula debe provenir de un proveedor de atención médica con licencia.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



<p>Equipo médico permanente (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para conocer la definición de "equipo médico duradero (DME)", consulte el Capítulo 12 y la sección M del Capítulo 3 de este manual).</p> <p>Se cubren los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchón eléctrico • suministros para la diabetes • camas de hospital indicadas por un proveedor para uso domiciliario • bombas de infusión intravenosa (IV) • dispositivos de generación del habla • equipo y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores <p>También se cubren los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • extractores de leche materna • bastones • sillas retrete • dispositivo CPAP • nutrición enteral • monitor de actividad uterina en el hogar • suministros para la incontinencia • bomba de insulina y suministros • ascensores, cabestrillos y asientos • bomba de linfedema • terapia de heridas con presión negativa • calzado ortopédico • órtesis <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>
--	------------

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • estimulador de osteogénesis • medidores de flujo máximo • suministros para ostomía • nutrición parenteral • productos de gradiente de presión • superficies de apoyo que reducen la presión • prótesis • oxímetro de pulso • vendajes quirúrgicos • suministros para el cuidado de la traqueotomía • electroestimulador nervioso transcutáneo • ventiladores • desfibriladores cardioversores portátiles <p>Otros artículos pueden estar cubiertos.</p> <p>Algunos DME se proporcionan de acuerdo con la política de Medicaid de Michigan. Se aplican requisitos para la derivación, la orden médica y la evaluación, junto con limitaciones sobre el reemplazo y la reparación.</p> <p>Se pueden cubrir otros elementos, incluidas ayudas ambientales o tecnología de asistencia/adaptativa. HAP CareSource MI Health Link también puede cubrir el aprendizaje sobre cómo usar, modificar o reparar su artículo. Su equipo de atención trabajará con usted para decidir si estos otros equipos y servicios son apropiados para usted y se incluirán en su Plan de atención.</p> <p>Algunos artículos también pueden estar cubiertos a través del Plan de salud prepagado para pacientes hospitalizados (PIHP) según los criterios de elegibilidad. Estos artículos deben ser pagados por nuestro plan o el PIHP, no por ambos.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Pagaremos por todos los DME necesarios desde el punto de vista médico que Medicare y Medicaid de Michigan generalmente pagan. Si nuestro proveedor de su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede solicitarle si se los puede pedir de forma especial para usted.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>La autorización previa se requiere para algunos suministros.</p>	

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención médica de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporciona un proveedor calificado para brindar atención médica de emergencia, y • son necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica que presenta dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con cierto conocimiento de salud y medicina podría saber que esto puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • representar un riesgo grave para su salud o, si está embarazada, para la salud de su bebé; u • ocasionar un daño grave a las funciones corporales; o • provocar una insuficiencia grave a cualquier órgano o parte del cuerpo; o • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ no se cuenta con el tiempo suficiente para trasladar de manera segura a la afiliada a otro hospital antes del parto. ○ el traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la de su hijo por nacer. <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red necesita atención para pacientes internados después de que se estabilice su emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su afección continúe siendo estable. Si su atención médica de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, trataremos de hacer arreglos para que proveedores de la red se encarguen de su atención médica tan pronto como su afección médica y sus circunstancias lo permitan.</p> <p>Esta cobertura se aplica dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar.</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para obtener ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen de planificación familiar y tratamiento médico • laboratorio para planificación familiar y pruebas de diagnóstico • métodos de planificación familiar (píldoras, parches y anillos anticonceptivos, dispositivo intrauterino (DIU), inyecciones, implantes) • suministros para la planificación familiar (preservativos, esponja, espuma, película soluble, diafragma, capuchón cervical). • asesoría y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados • asesoría y análisis para detectar infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, STI), VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • tratamiento para infecciones de transmisión sexual (STI) • esterilización voluntaria (debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario de consentimiento de esterilización federal Entre la fecha en que usted firma el formulario y la fecha de la cirugía debe transcurrir al menos un plazo de 30 días, pero no mayor a 180 días) • asesoramiento genético <p>El plan también pagará por algunos otros servicios de planificación familiar. No obstante, debe usar un proveedor de la red del plan para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento para afecciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada) • tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • pruebas genéticas 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Asignación flexible</p> <p>Como beneficio adicional, nuestro plan proporciona hasta \$80 por mes para gastar en productos elegibles de venta libre (Over-the-Counter, OTC), dentales, de audición y de la vista en ubicaciones aprobadas.</p> <p>Los montos no utilizados se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año.</p>	<p>Copago de \$0 hasta que se alcance el máximo del beneficio</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Tiene acceso a servicios exclusivos de salud y bienestar. Nuestros programas de bienestar están diseñados para alentarle y motivarle a realizar cambios positivos que mejoren su salud, como la prevención de la gripe, las pruebas de detección, el cuidado oral y prenatal y el control de su azúcar en sangre. Explore nuestros programas diseñados para ayudarle a mantener una buena salud en HAPCareSource.com. Para obtener más información sobre los programas de administración de la atención de HAP CareSource MI Health Link o para inscribirse, llame al 1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios para la audición</p> <p>El plan paga las pruebas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertos como atención ambulatoria cuando los obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Para los adultos de 21 años o más, el plan paga la evaluación y el ajuste de un audífono dos veces al año, y paga un audífono una vez cada cinco años.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Monitoreo de VIH</p> <p>El plan paga un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pedir una prueba de detección de VIH, o • tienen un mayor riesgo de contraer una infección por VIH. <p>Para mujeres que están embarazadas, el plan paga hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo.</p>	\$0
<p>Atención de una agencia de atención médica en el hogar</p> <p>Antes de que pueda recibir los servicios de atención médica en el hogar, un médico debe indicarnos que los necesita, y una agencia de atención médica domiciliaria debe proporcionarlos.</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y de asistente de atención médica en el hogar (para que se cubran a través del beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y enfermera en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • servicios de atención médica y sociales • equipo y suministros médicos • auxiliares para el cuidado de la salud en el hogar cuando se les proporciona un servicio de enfermería. <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>El plan pagará por la terapia de infusión en el hogar, definida como los medicamentos o sustancias biológicas administrados a través de una vena o aplicados debajo de la piel que usted recibe en su domicilio. Los siguientes son necesarios para realizar la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina • equipos, por ejemplo, una bomba; y • suministros, por ejemplo, un tubo o catéter. <p>El plan cubrirá los servicios de infusión en el hogar que incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, brindados de acuerdo con su plan de atención médica • capacitación y educación del afiliado que todavía no está incluido en el beneficio de los DME • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para el suministro de la terapia de infusión en el hogar y los medicamentos para la infusión en el hogar de parte de un proveedor calificado de terapia por infusión en el hogar. <p>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos y suministros.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




<p>Cuidados de hospicio</p> <p>Tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y tiene un pronóstico de vida de seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de hospicio certificado por Medicare. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>El plan cubrirá lo siguiente mientras usted recibe servicios de hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • atención de relevo de corto plazo • atención domiciliaria <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos de la Parte A o la Parte B de Medicare se facturan a Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Servicios cubiertos por HAP CareSource MI Health Link pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HAP CareSource MI Health Link cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. El plan cubrirá los servicios ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. <p>Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de HAP CareSource MI Health Link:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información. <p>Nota: Si necesita otro tipo de cuidados de hospicio, llame a su coordinador de la atención al 1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711) para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio consiste en la atención que no se relaciona con su enfermedad terminal.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	
---	--

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Inmunizaciones</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe/influenza, una en cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, y vacunas adicionales si se las considera médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si presenta un alto riesgo o un riesgo inmediato de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si presenta un riesgo y si estas cumplen las reglas de cobertura de Medicaid o de la Parte B de Medicare de Michigan. <p>Otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.</p>	\$0
<p>Servicios para paciente internado en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios de salud conductual de especialidad de Medicaid son proporcionados por los Planes de salud para pacientes hospitalizados prepagados (PIHP) o los Proveedores de servicios de salud mental comunitarios (CMHSP) regionales. Esto incluye servicios de paciente hospitalizado en hospitales psiquiátricos.</p> <p>Si vive en el condado de Macomb, comuníquese con su coordinador de la atención o con Servicios para Afiliados.</p> <p>Si vive en el condado de Wayne, el plan lo derivará al PIHP para recibir este servicio.</p> <p>Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o una habitación privada si fuese médicamente necesario) • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería regulares • costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios) • fármacos y medicamentos • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • uso de dispositivos, como sillas de ruedas. • servicios de sala quirúrgica y de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • servicios para pacientes internados por trastornos por uso de sustancias • sangre, incluye la conservación y la administración <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan pagará por la sangre completa y los glóbulos rojos envasados comenzando con el primer medio litro de sangre que necesite. ○ El plan pagará por todas las demás partes de sangre comenzando con el primer medio litro de sangre que se use. • servicios médicos • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre, e intestino/multivisceral. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para continuar recibiendo cuidados de hospitalización en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control.</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante.</p> <p>Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicios. Si los proveedores locales de trasplante están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted puede recibir sus servicios de trasplante a nivel local o fuera de la pauta de atención de su comunidad. Si HAP CareSource MI Health Link proporciona servicios de trasplante fuera de la ruta de atención para su comunidad y usted decide llevar su trasplante allí, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.





Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñarle sobre el cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar decisiones correctas respecto de su atención médica <ul style="list-style-type: none"> ○ debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe derivarlo ○ el plan cubrirá hasta seis sesiones de charlas informativas sobre la enfermedad renal. • tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no se encuentre disponible o esté inaccesible temporalmente. • tratamientos de diálisis como paciente internado (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención médica especial) • capacitación para autoadministrarse diálisis (incluye capacitación 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 domiciliario (como, las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar la diálisis en el hogar, para ayudarlo en situaciones de emergencia, y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua, en el caso de ser necesario). <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios para pacientes internados.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Evaluación de detección de cáncer de pulmón</p> <p>El plan pagará por un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una visita de asesoría y toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado por lo menos un paquete por día durante los últimos 20 años sin que se presente ninguna señal o síntoma de cáncer de pulmón, fuma ahora o ha dejado de fumar dentro de los últimos 15 años. <p>Después del primer examen, el plan pagará por un nuevo examen cada año con una orden escrita de su médico y otro proveedor calificado.</p>	\$0
<p>Beneficio de comidas</p> <p>Los miembros de Community Well reciben un máximo de 2 comidas al día durante 14 días después de cada hospitalización o estadía en un centro de enfermería especializada.</p>	Copago de \$0 hasta que se alcance el máximo del beneficio
 <p>Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o con una enfermedad renal sin diálisis. También se puede obtener luego de un trasplante de riñón cuando lo deriva su médico.</p> <p>El plan cubre tres horas de servicios de asesoría personalizada durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Cubrimos dos horas de servicios de asesoría personalizada por año posterior a esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, usted puede recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su derivación cada año si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos tienen cobertura de conformidad con la Parte B de Medicare. HAP CareSource MI Health Link pagará por los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos que por lo general no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran por medio de terapia de infusión mientras usted recibe los servicios de un médico, servicios como paciente ambulatorio en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. • insulina suministrada a través de un equipo médico permanente (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • otros medicamentos que tome usando un equipo médico permanente (por ejemplo, nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • el medicamento para el Alzheimer, Leqembi (lecanemab genérico) que se administra por vía intravenosa (IV) • factores de coagulación que se autoadministran por medio de inyecciones si tiene hemofilia. • medicamentos inmunosupresores/de trasplante: Medicare cubre la terapia de medicamentos de trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre si usted estuvo inscrito en la Parte A de Medicare en el momento que ocurrió el trasplante de órganos • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura de huesos que el doctor certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>
---	------------

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos orales anticancerígenos: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que haya nuevos medicamentos contra el cáncer oral disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales antináuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar. • Algunos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto contra la heparina (cuando se considere necesario desde el punto de vista médico) y anestésicos de uso tópico. • Fármacos estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa Mircera®). • Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de deficiencia inmunológica primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación por vía intravenosa y sonda). <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: CareSource.com/mi/plans/mihealthlink/benefits-services/pharmacy/</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir obtener los medicamentos cubiertos.</p> <p>El Capítulo 6 explica qué debe pagar por sus medicamentos con receta como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.</p> <p>Se requiere autorización previa o terapia escalonada.</p>	
<p>Servicio de transporte médico que no se considera de emergencia</p> <p>El plan cubrirá el transporte para que usted viaje hacia o desde sus citas médicas y a la farmacia si es un servicio cubierto. Los tipos de transporte que no son de emergencia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • furgoneta equipada con silla de ruedas • coche de servicio • taxi <p>Autorización previa se requiere para algunos servicios.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




<p>Atención en centros de enfermería.</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada o habitación privada si fuese médicamente necesario • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención médica, incluyendo sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería • análisis de laboratorio administrados por centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología administrados por centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, por lo general suministrados por centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores. <p>Por lo general, usted obtendrá la atención médica en centros de la red. Sin embargo, puede obtener su atención médica en un centro que no pertenece a nuestra red. Usted puede obtener atención en los siguientes lugares, si dichos centros aceptan los montos de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una residencia geriátrica o comunidad de retiro de atención médica continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención como centro de enfermería especializada) • un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja al momento en que usted califica para recibir atención en un centro de enfermería • el hogar de ancianos donde vivía cuando se inscribió en HAP CareSource MI Health Link. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>Cuando sus ingresos excedan un monto permitido, debe contribuir al costo de su atención en el centro de enfermería. Esta contribución, conocida como Monto de Pago del Paciente (Patient Pay Amount, PPA), es necesaria si usted vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que no tenga que pagar todos los meses.</p> <p>La responsabilidad de pago del paciente no se aplica a los días cubiertos por Medicare en un centro de enfermería.</p>
--	--

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería (continuación)</p> <p>Este servicio está diseñado para ser un cuidado asistencial a largo plazo y no se superpone con la atención en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Para obtener este servicio, debe cumplir con los estándares del nivel de atención médica del centro de enfermería Medicaid de Michigan.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	
 <p>Monitoreo de obesidad y terapia para continuar con la pérdida de peso</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos la asesoría intensiva para ayudarlo a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un ámbito de atención primaria. De esa manera, se puede controlar con su plan de prevención completo. Hable con su profesional o proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0
<p>Servicios del programa de tratamiento por opioides (OTP)</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (opioid use disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de consumo • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si corresponde, la administración de estos medicamentos • asesoramiento para trastornos por uso de sustancias • terapias individuales y grupales • pruebas de drogas o químicos en su cuerpo (examen de toxicología). <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías • terapia de radiación (radio e isótopos), incluyendo los materiales y suministros del técnico • suministros quirúrgicos, como vendajes • cabestrillos, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones • análisis de laboratorio • sangre, comenzando con el primer medio litro de sangre que necesite, incluido el almacenamiento y la administración • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos 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 cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios brindados en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o de cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación le ayudan a su médico a saber si usted necesita que lo admitan en el hospital como "paciente internado". ○ A veces puede permanecer en el hospital durante la noche, y aun así seguiría siendo un "paciente ambulatorio". ○ Puede obtener más información sobre ser un paciente internado o un paciente ambulatorio en esta hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101. • análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • atención de salud mental, incluso la atención en un programa de internación parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado sería necesario sin dicha atención • radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • suministros médicos, como cabestrillos y yesos • exámenes de detección preventivos y servicios que figuren en la tabla de beneficios • algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo. <p>La autorización previa se requiere para algunos servicios.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará por los servicios de salud mental proporcionados por un proveedor con autorización del estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psiquiatra o médico, • psicólogo clínico, • trabajadora social clínica, • especialistas en enfermería clínica, • un consejero profesional con licencia (LPC), • un terapeuta de pareja y familiar con licencia (LMFT), • personal de enfermería especializado (NP), • asistentes médicos, o • cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare o Medicaid de Michigan según lo permitan las leyes estatales aplicables. <p>Los servicios de salud conductual de especialidad de Medicaid son proporcionados por los Planes de salud para pacientes hospitalizados prepagados (PIHP) o los Proveedores de servicios de salud mental comunitarios (Community Mental Health Services Providers, CMHSP) regionales. Esto incluye la atención de salud mental.</p> <p>Si vive en el condado de Macomb, comuníquese con su coordinador de la atención o con Servicios para Afiliados.</p> <p>Si vive en el condado de Wayne, el plan lo derivará al PIHP para recibir este servicio.</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos • tratamiento en centros de día • servicios de rehabilitación psicosocial <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan cubre fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</p> <p>Puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de los departamentos para pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas/quiroprácticos/psicólogos independientes, centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation, CORF) y otros centros de salud.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0
<p>Servicios para pacientes internados por trastornos por uso de sustancias</p> <p>Los servicios de salud conductual de especialidad de Medicaid son proporcionados por los Planes de salud para pacientes hospitalizados prepagados (Pre-paid Inpatient Health Plans, PIHP) o los Proveedores de servicios de salud mental comunitarios (CMHSP) regionales. Esto incluye los servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias.</p> <p>Si vive en el condado de Macomb, comuníquese con su coordinador de la atención o con Servicios para Afiliados.</p> <p>Si vive en el condado de Wayne, el plan lo derivará al PIHP para recibir este servicio.</p> <p>Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0
<p>Cirugía ambulatoria</p> <p>El plan cubre la cirugía para pacientes ambulatorios y servicios en centros de salud hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>El programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio para pacientes ambulatorios en hospital o a través de un centro de salud mental comunitario. Es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT) o consejero profesional con licencia. Lo puede ayudar a evitar que permanezca en el hospital.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de terapia de salud conductual (mental) activa proporcionado por un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud certificado a nivel federal o una clínica de salud rural; que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Este plan pagará por los Servicios de salud conductual especializada de Medicaid, que incluyen los servicios de hospitalización parcial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de salud conductual de especialidad de Medicaid son proporcionados por: <ul style="list-style-type: none"> ○ planes de salud prepagados para pacientes hospitalizados (PIHP) regionales o ○ proveedores comunitarios de servicios de salud mental (CMHSP). • Si vive en el condado de Macomb, comuníquese con su coordinador de la atención o con Servicios para Afiliados. • Si vive en el condado de Wayne, el plan lo derivará al PIHP para recibir este servicio. • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de cuidado personal</p> <p>El plan pagará por la asistencia práctica para ayudarle a permanecer en su hogar el mayor tiempo posible. Los servicios incluyen asistencia con las actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL), que son tareas como bañarse, comer, vestirse e ir al inodoro. Este servicio puede incluir actividades instrumentales de la vida diaria (actividades instrumentales de la vida diaria, IADL), pero solo cuando también existe la necesidad de una ADL. Las IADL incluyen cosas como ir de compras, lavar la ropa, preparar comidas, recordatorios de medicamentos y llevarlo a sus citas.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0
<p>Sistema de respuesta de emergencia personal</p> <p>El plan cubre un dispositivo electrónico en el hogar que asegura la ayuda en caso de emergencia. También puede usar un botón de "ayuda" portátil para permitir la movilidad. El sistema está conectado a su teléfono y programado para enviar señales a un centro de respuesta una vez que se activa el botón de "ayuda".</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios proporcionados por médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • necesario desde el punto de vista médico atención médica o servicios quirúrgicos administrados en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> ○ consultorio del médico ○ centro quirúrgico ambulatorio certificado ○ departamento de pacientes ambulatorios del hospital • consultas, diagnósticos y tratamiento por un especialista • Evaluación audiológica básica y examen de equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria, si está indicado por un doctor para determinar si necesita tratamiento. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios proporcionados por médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos servicios de telesalud <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca dicho servicio por telesalud. • Algunos servicios de telesalud, incluso la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por un médico o profesional para pacientes de ciertas zonas rurales o que viven en otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal (end-stage renal disease, ESRD) para realizarle diálisis domiciliaria a afiliados en un centro de diálisis renal basado en un hospital o de difícil acceso, en un centro de diálisis renal o en el hogar del afiliado. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral. • Servicios de telesalud para afiliados con un trastorno por uso de sustancias o trastorno concomitante de salud mental. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud ○ usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ se pueden hacer excepciones a lo anterior para determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud certificados a nivel federal. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios proporcionados por médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico por 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo y ○ el control no está relacionado con una visita al consultorio en los 7 días anteriores y ○ el control no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o durante la próxima cita disponible. • la evaluación de videos y/o imágenes que le envía a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los 7 días anteriores y ○ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o durante la próxima cita disponible. • consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet, o registros electrónicos de salud si no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención odontológica no rutinaria. Los servicios cubiertos se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas; ○ ajuste de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales; ○ extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación de cáncer neoplásico; o ○ servicios que estarían cubiertos si fuesen proporcionados por un médico. <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p>	

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Servicios de podiatría</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 (como dedo en martillo o espolón calcáreo). • Atención de rutina de los pies para afiliados con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes. 	\$0
	<p>Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, el plan pagará los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen rectal digital. • Una prueba del antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA). 	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan la totalidad o parte de un miembro o de una función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas, ajustes o capacitación en el uso de aparatos ortopédicos y prótesis • bolsas de colostomía y materiales relacionados con la atención de la colostomía • marcapasos • soportes • zapatos ortopédicos • piernas y brazos artificiales • prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico luego de una mastectomía) <p>El plan también pagará por algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortóticos. También pagarán para reparar o reemplazar dispositivos protésicos y ortóticos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de la extracción de las cataratas o luego de la cirugía de cataratas. Consulte “Atención oftalmológica” más adelante en esta sección en la página para obtener más información.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>La autorización previa se requiere para algunos servicios y suministros.</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan cubre los programas de rehabilitación pulmonar para afiliados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de moderada a muy grave. El afiliado debe tener una derivación para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la COPD.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Relevo</p> <p>Puede obtener servicios de cuidado de relevo a corto plazo e intermitentes para aliviar a su familia u otros cuidadores primarios del estrés diario y las demandas de atención durante los momentos en que brindan atención no remunerada.</p> <p>Las necesidades de relevo de los trabajadores por hora o por turnos deben satisfacerse mediante sustituciones de personal, ajustes de planes o cambios de ubicación y no mediante el cuidado de relevo.</p> <p>No se pretende proporcionar un relevo de forma continua y a largo plazo cuando forme parte de los servicios diarios que permitirían a un cuidador no remunerado trabajar en otro lugar a tiempo completo.</p> <p>El relevo está limitado a 14 pernoctaciones cada 365 días, a menos que HAP CareSource MI Health Link apruebe tiempo adicional.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0
 <p>Monitoreo y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (STI)</p> <p>El plan pagará por las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una STI. Un proveedor de atención primaria debe indicar las pruebas. Cubrimos dichas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos períodos durante el embarazo.</p> <p>El plan también pagará un máximo de dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos que presenten un mayor riesgo de padecer STI. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. El plan pagará por estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria. Centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se incluyen aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada, o una habitación privada si fuese médicamente necesario • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención médica, incluyendo sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación • sangre, incluye la conservación y la administración <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan pagará por la sangre completa y los glóbulos rojos envasados comenzando con el primer medio litro de sangre que necesite. ○ El plan pagará por todas las demás partes de sangre comenzando con el primer medio litro de sangre que se use. • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería • análisis de laboratorio administrados por centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología administrados por centros de enfermería. • aparatos, como sillas de ruedas, por lo general suministrados por centros de enfermería • servicios proporcionados por médicos/proveedores <p>Este beneficio continúa en la página siguiente.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>No se requiere una estadía en el hospital para recibir atención en un centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF).</p> <p>Por lo general, usted obtendrá la atención médica en centros de la red. Sin embargo, puede obtener su atención médica en un centro que no pertenece a nuestra red. Usted puede obtener atención en los siguientes lugares, si dichos centros aceptan los montos de nuestro plan para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una residencia geriátrica o comunidad de retiro de atención médica continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención como centro de enfermería especializada) • un centro de enfermería donde viva su cónyuge al momento en que usted recibe el alta del hospital. <p>HAP CareSource MI Health Link exime del paciente internado hospitalización de 3 días antes de la admisión a un centro de enfermería especializada.</p> <p>El plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por período de beneficios.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Estipendio para los costos de mantenimiento de un animal de servicio.</p> <p>El plan pagará hasta \$20 mensuales por los costos de mantenimiento de un animal de servicio si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • está recibiendo servicios de atención personal, y • está certificado como discapacitado debido a una afección específica definida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, como artritis, ceguera, parálisis cerebral, poliomielitis, esclerosis múltiple, sordera, derrame cerebral o lesión de la médula espinal, y • el animal de servicio está entrenado para satisfacer sus necesidades específicas en relación con su discapacidad. <p>Su plan de servicio debe documentar que el animal de servicio se utilizará principalmente para satisfacer sus necesidades de cuidado personal.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El plan pagará la SET para afiliados con enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD), que tengan una derivación por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. El plan pagará por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. <p>El programa SET debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para PAD en afiliados con calambres en las piernas que se deban a flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • en un entorno de atención ambulatoria o en el consultorio de un médico • proporcionado por personal calificado que garantice que los beneficios excedan el daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD • administrado bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, enfermero/a profesional o enfermero/a especialista en enfermería clínica capacitados en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de gestión de casos especializados (TCM)</p> <p>El plan pagará los servicios de gestión de casos especializados (Targeted Case Management, TCM) para afiliados que tengan necesidades de atención médica física o conductual crónicas o complejas y que hayan estado reclusos recientemente o residieran involuntariamente en una prisión o cárcel del condado.</p> <p>Los servicios TCM ayudan a los afiliados a obtener acceso a servicios médicos, educativos, sociales y/o de otro tipo adecuados. Los servicios TCM incluyen evaluaciones, planificación, vinculación, defensa, coordinación de la atención, derivación, monitoreo y actividades de seguimiento (p. ej., educación y apoyos).</p>	\$0
<p>Servicios de atención de urgencias</p> <p>La atención médica necesaria de urgencia es atención que se brinda para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un caso que no es de emergencia, o • una enfermedad médica repentina, o • una lesión, o • una afección que requiere atención inmediata. <p>Si usted necesita atención médica necesaria de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección nunca antes vista, pero no se trata de una emergencia médica).</p> <p>Esta cobertura se encuentra dentro de los Estados Unidos o sus territorios.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.




Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Atención oftalmológica</p> <p>Los exámenes oftalmológicos de rutina se cubren una vez cada dos años.</p> <p>El plan pagará por el primer par de anteojos. Los anteojos de repuesto se ofrecen una vez al año.</p> <p>El plan pagará lentes de contacto para personas con ciertas afecciones.</p> <p>El plan pagará ayudas básicas y esenciales para baja visión (como telescopios, microscopios y algunas otras ayudas para baja visión).</p> <p>El plan pagará por los servicios médicos para pacientes ambulatorios con fines de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales para detectar retinopatía diabética en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan pagará por una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con antecedentes familiares de glaucoma, • personas con diabetes, • afroamericanos de 50 años o más, e • hispanoamericanos que tienen 65 años o más. <p>El plan pagará un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserte una lente intraocular. (Si usted se somete a dos cirugías de cataratas separadas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía).</p> <p>El plan cubrirá los lentes bifocales y trifocales de forma limitada.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre la única visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Esta visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su condición de salud, • educación y asesoría sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluso exámenes de detección y vacunas), y • derivaciones para otro tipo de atención, si lo necesita. <p>Nota: cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" solamente dentro de los primeros 12 meses en que usted cuente con la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su doctor que le gustaría programar su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Programa de día para adultos</p> <p>El plan cubre actividades diurnas estructuradas en un programa de atención directa y supervisión, si usted califica. Este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brinda atención personalizada, y • promueve el bienestar social, físico y emocional <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0
<p>Tecnología de asistencia</p> <p>El plan cubre los artículos tecnológicos utilizados para aumentar, mantener o mejorar el funcionamiento y promover la independencia si usted cumple los requisitos. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ascensores de furgonetas • controles manuales • sistema de voz computarizado • tableros de comunicación • cerraduras de puertas activadas por voz • mecanismos de puertas eléctricas • alarma especializada o intercomunicador • dispositivo de marcación asistida <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios de tareas en el hogar</p> <p>El plan cubre los servicios necesarios para mantener su hogar en un ambiente limpio, higiénico-sanitario y seguro, si usted califica para ello. Ejemplos de estos servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tareas domésticas pesadas (lavar pisos, ventanas y paredes) • pegar alfombras y baldosas sueltas • mover muebles pesados • cortar, rastrillar y limpiar escombros peligrosos, como ramas y árboles caídos <p>El plan puede cubrir los materiales y suministros desechables que se usan para completar las tareas domésticas.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0
<p>Modificaciones ambientales</p> <p>El plan cubre las modificaciones en su vivienda, si usted califica. Las modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, seguridad y bienestar o para que sea más independiente en su hogar. Las modificaciones pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • instalación de rampas y barras de apoyo • ensanchamiento de puertas • modificación de las instalaciones sanitarias • instalar sistemas eléctricos especializados que son necesarios para acomodar equipos y suministros médicos <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>La autorización previa se requiere para algunos servicios y suministros.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Apoyos para la vida en comunidad ampliados</p> <p>Para obtener este servicio, debe tener la necesidad de indicar, señalar, observar, guiar, enseñar y/o recordar para ayudarle a completar las actividades de la vida cotidiana (ADL) como comer, bañarse, vestirse, ir al baño, otras cosas de higiene personal, etc.</p> <p>Si necesita este servicio, también puede recibir asistencia con actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) como lavandería, preparación de comidas, transporte, ayuda con las finanzas, ayuda con los medicamentos, compras, ir con usted a citas médicas, otras tareas domésticas. Esto también puede incluir indicaciones, señales, guías, enseñanzas, observaciones, recordatorios y/u otro tipo de apoyo para completar las IADL usted mismo.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0
<p>Servicios de intermediario fiscal</p> <p>El plan pagará por un intermediario fiscal (Fiscal intermediary, FI) para que le ayude a vivir de forma independiente en la comunidad, mientras usted controla su presupuesto individual y elige al personal que trabajará con usted. El FI le ayuda a gestionar y distribuir los fondos contenidos en el presupuesto individual. Usted usa estos fondos para comprar servicios domiciliarios y basados en la comunidad autorizados en su plan de atención. Usted tiene la autoridad de contratar al cuidador de su elección.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0
<p>Comidas con reparto a domicilio.</p> <p>El plan cubre hasta dos comidas preparadas por día que se llevan a su hogar, si usted califica.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicio de traslado médico que no se considera de emergencia</p> <p>El plan cubre los servicios de transporte que le permitirán acceder a la exención y a otros servicios, actividades y recursos comunitarios, si cumple con los requisitos.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	\$0
<p>Servicios de enfermería preventiva</p> <p>El plan cubre los servicios de enfermería prestados por un personal de enfermería acreditado (Registered nurse, RN) o un profesional de enfermería práctico con licencia (Licensed practical nurse, LPN). Para calificar, debe exigir la observación y evaluación de la integridad de la piel, los niveles de azúcar en sangre, los ejercicios de amplitud de movimiento recetados o el estado físico. Puede recibir otros servicios de enfermería durante la visita profesional de enfermería a su hogar. Estos servicios no se prestan de forma continua.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	\$0
<p>Enfermero privado (PDN)</p> <p>El plan cubre los servicios de enfermería especializada de forma individual y continua, hasta un máximo de 16 horas diarias, para satisfacer sus necesidades de salud directamente relacionadas con una discapacidad física.</p> <p>El enfermero privado (Private Duty Nursing, PDN) incluye la prestación de servicios de enfermería, evaluación, tratamiento y observación proporcionados por un profesional de enfermería licenciado, de acuerdo con las indicaciones del médico y de acuerdo con su plan de atención.</p> <p>Debe cumplir con determinados criterios médicos para calificar para este servicio.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) que nuestro plan paga	Lo que debe pagar
<p>Servicios de relevo para cuidadore</p> <p>Puede obtener servicios de cuidado de relevo a corto plazo e intermitentes para aliviar a su familia u otros cuidadores primarios del estrés diario y las demandas de atención durante los momentos en que brindan atención no remunerada.</p> <p>Las necesidades de relevo de los trabajadores por hora o por turnos deben satisfacerse mediante sustituciones de personal, ajustes de planes o cambios de ubicación y no mediante el cuidado de relevo.</p> <p>No se pretende proporcionar un relevo de forma continua y a largo plazo cuando forme parte de los servicios diarios que permitirían a un cuidador no remunerado trabajar en otro lugar a tiempo completo.</p> <p>Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



E. Servicios cubiertos por fuera de HAP CareSource MI Health Link

Los siguientes servicios no están cubiertos por HAP CareSource MI Health Link, pero están disponibles a través de Medicare o Medicaid de Michigan.

E1. Cuidados de hospicio

Tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y tiene un pronóstico de vida de seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información acerca de qué paga HAP CareSource MI Health Link mientras usted recibe servicios de hospicio.

Para los servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:

- El proveedor de hospicio le facturará a Medicare los servicios que usted reciba. Medicare pagará por los servicios de cuidados paliativos relacionados con su enfermedad terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare que no se relacionan con su diagnóstico terminal:

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

Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de HAP CareSource MI Health Link:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información. No paga nada.

Otros servicios cubiertos por Medicare o Medicaid de Michigan

- El proveedor le facturará a HAP CareSource MI Health Link por sus servicios. HAP CareSource MI Health Link pagará por los servicios cubiertos por Medicaid de Michigan. Usted no paga nada por estos servicios.

Nota: si necesita cuidados que no son de hospicio, debe llamar a su administrador de atención médica para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio consiste en la atención que no se relaciona con su enfermedad terminal. Puede llamar a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Esta llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



E2. Servicios cubiertos por el plan o Plan de salud prepago para pacientes hospitalizados (PIHP)

Los siguientes servicios están cubiertos por HAP CareSource MI Health Link, pero están disponibles a través del Plan de salud prepago para pacientes hospitalizados (PIHP) y su red de proveedores.

Atención médica conductual para pacientes internados

- El plan pagará por los servicios de atención médica conductual que requieran una hospitalización.

Servicios para pacientes internados por trastornos por uso de sustancias

- Pagaremos por los servicios de tratamiento que se proporcionen en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital si, por ejemplo, usted ha sido dado de alta de una estadía de paciente internado para el tratamiento por abuso de drogas y sustancias o si necesita tratamiento pero no requiere el nivel de servicios proporcionado en el entorno hospitalario para pacientes internados. Consulte la cobertura de los servicios del Programa de tratamiento con opioides (Opioid treatment program, OTP) en la Tabla de beneficios en la Sección D.

Servicios de hospitalización parcial

- El programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario. Es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Lo puede ayudar a evitar que permanezca en el hospital.

Si recibe servicios a través del PIHP, consulte el *Manual para Afiliados* del PIHP separado para obtener más información y trabaje con su coordinador de la atención para obtener los servicios prestados a través del PIHP.

F. Servicios que no están cubiertos por HAP CareSource MI Health Link, Medicare o Medicaid de Michigan

Esta sección le indica qué tipos de beneficios están “excluidos” del plan. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios. Medicare y Medicaid de Michigan tampoco los cubrirán.

La lista siguiente describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ningún concepto y ciertos servicios que están excluidos por el plan solo en ciertos casos.

El plan no cubrirá los beneficios médicos exclusivos que figuran en esta sección (o en cualquier otra parte de este *Manual del Afiliado*), excepto bajo las circunstancias específicas descritas. Incluso si no recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por los servicios. Si usted

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



cree que debemos cubrir un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información acerca de cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

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

- Servicios considerados como “no razonables ni necesarios”, de acuerdo con los estándares de Medicare y Medicaid de Michigan , a menos que nuestro plan indique estos servicios como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o en 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 equipos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando se considere médicamente necesario y lo pague Medicare.
- Habitación privada en un hospital o en un centro de enfermería, excepto cuando se considere médicamente necesaria.
- Servicio de enfermería privado, excepto aquellos que califican para este servicio de exención.
- Artículos personales en su habitación de hospital o de un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar
- Procedimientos o servicios de mejoramiento voluntario o electivo (incluye pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, propósitos cosméticos, rendimiento mental y contra el envejecimiento), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro procedimiento cosmético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no está en buena forma. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que coincidan.
- Atención quiropráctica, que no sea la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Atención podológica de rutina, excepto la cobertura limitada provista de acuerdo con los lineamientos de Medicare.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte o que los zapatos sean para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de soporte para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
- Queratotomía radial y cirugía LASIK. Sin embargo, el plan pagará por los anteojos después de la cirugía de cataratas.
- Reversión de procedimientos de esterilización, operaciones de cambio de sexo y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.
- Servicios de naturopatía (que usa tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios provistos para veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA).

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos con receta como paciente ambulatorio a través del plan

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos con receta como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor indica para usted y que usted obtiene de una farmacia o mediante pedido por correo. Incluyen medicamentos cubiertos según la Parte D de Medicare y Medicaid de Michigan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

HAP CareSource MI Health Link también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se analizarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que se le suministran mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos incluyen medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le suministran en una consulta médica o de otro proveedor y los medicamentos que se le administran en una clínica para diálisis. Para obtener más información acerca de qué medicamentos cubre la Parte B de Medicare, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted cumpla las reglas que se incluyen en esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe escribir su receta, que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria le ha derivado para recibir atención.
2. Su médico o profesional que receta no debe figurar en las listas de Exclusión ni de Preclusión de Medicare.
3. Por lo general, deberá usar los servicios de una farmacia de la red para surtir su receta. O puede surtir su receta a través del sistema de servicios de pedido por correo del plan.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



4. El medicamento con receta debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. La llamamos la “*Lista de medicamentos*” en forma abreviada. (Consulte la Sección B de este capítulo.)
 - Si no está en la *Lista de medicamentos*, tal vez podamos cubrirlo dándole haciendo una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para aprender sobre cómo solicitar una excepción.
5. Su medicamento debe usarse para una indicación aceptada médicamente. Esto significa que el uso de del medicamento está aprobado ya sea por la Administración de Alimentos y Medicamentos o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Medicaid de Michigan requiere que el tratamiento sea necesario para satisfacer las necesidades de acuerdo con su diagnóstico y síntomas. Debe ser consistente con los estándares clínicos de atención.
6. Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la Sección C.

Índice

A. Cómo surtir sus recetas.....	120
A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red	120
A2. Cómo utilizar su tarjeta de identificación (ID) de afiliado para surtir una receta	120
A3. Qué hacer si cambia la receta a otra farmacia de la red.....	120
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	120
A5. Cómo utilizar una farmacia especializada	121
A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	121
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	123
A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	123
A9. Cómo reembolsarle si paga por una receta.....	124
B. <i>Lista de medicamentos</i> del plan	124
B1. Medicamentos en la <i>Lista de medicamentos</i>	124
B2. Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i>	125

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



B3. Medicamentos que no están en la <i>Lista de medicamentos</i>	125
B4. Niveles de la <i>Lista de medicamentos</i>	126
C. Límites sobre determinados medicamentos	126
¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?	126
¿Qué tipos de reglas existen?	127
D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto	128
D1. Cómo obtener un suministro temporal	128
Para obtener un suministro temporal de un medicamento, deberá cumplir con las dos reglas siguientes:	129
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	131
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	133
F1. Si se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan	133
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	133
F3. Si está en un programa de hospicio certificado por Medicare.....	134
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	134
G1. Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos en forma segura	134
G2. Programas para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos	135
G3. Programa para el manejo de medicamentos para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides en forma segura	135

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



A. Cómo surtir sus recetas

A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará por las recetas **solo** si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una droguería que ha acordado surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Usted puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Afiliados o con su coordinador de la atención.

A2. Cómo utilizar su tarjeta de identificación (ID) de afiliado para surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación (ID) de afiliado** en su farmacia de la red. La farmacia de la red facturará al plan por sus medicamentos con receta cubiertos.

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, usted tendrá que pagar el costo total de la receta cuando la recoja. Después puede pedirnos que se lo reembolsemos. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicios para Afiliados. Haremos lo que podamos para ayudarle.

- Para obtener información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos, consulte el Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para hacer surtir una receta médica, comuníquese con su coordinador de la atención o Servicios para Afiliados.

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

Si cambia de farmacia y necesita surtir de nuevo su receta, puede solicitar que un proveedor le prescriba una nueva receta o que su farmacia se la transfiera a la nueva farmacia, en caso de que esta todavía la pueda surtir.

Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, comuníquese con su coordinador de la atención o Servicios para Afiliados.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia cuyos servicios usa abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia de la red.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Para obtener información actualizada sobre las farmacias de la red HAP CareSource MI Health Link en su área, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Afiliados. Su coordinador de la atención también puede ayudarle a encontrar una nueva farmacia.

A5. Cómo utilizar una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como una residencia geriátrica.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, nosotros debemos asegurarnos de que usted puede obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de este centro de atención a largo plazo no se encuentra dentro de nuestra red o tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Afiliados.
- Las farmacias que proporcionan el Servicio de Salud Indígena/Programa de salud para indígenas/tribales/urbanos. Con excepción de emergencias, únicamente los nativos americanos o nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Las farmacias que expenden medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food & Drug Administration, FDA) a determinados lugares o que requieran una manipulación especial, la coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debe suceder rara vez).

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con su coordinador de la atención o con Servicios para Afiliados.

A6. Cómo utilizar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

El servicio de pedido por correo del plan le permite pedir un suministro para hasta 102 días. Un suministro para 102 días no tiene copago.

¿Cómo surto mis recetas por correo?

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. También puede comunicarse directamente con nuestra farmacia de

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



pedido por correo, Express Scripts®, a través de su sitio web (express-scripts.com) o llamándolos al 1-800-690-5924.

Por lo general, un pedido por correo de una farmacia llegará en un plazo no mayor de 10 días. Si su receta se retrasa, comuníquese con Servicios para Afiliados.

Procesos para los pedidos por correo

El servicio de pedido por correo tiene distintos procedimientos para las recetas nuevas que usted envía, las recetas nuevas que llegan directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de recetas que solicite a través de pedido por correo:

1. Recetas nuevas que la farmacia reciba de usted

La farmacia surtirá automáticamente y entregará las nuevas recetas que usted le envíe.

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

La farmacia surtirá automáticamente y entregará nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin corroborar con usted antes, si es que usted:

- ha utilizado los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado; o
- Usted se registró para la entrega automática de todas las nuevas recetas que reciba directamente de proveedores de atención médica. Usted puede pedir una entrega automática de todas sus recetas nuevas ahora o en cualquier momento si se comunica con Express Scripts al 1-800-690-5924.

Si utilizó el servicio de pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y entregue automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts al 1-800-690-5924.

Si nunca utilizó el servicio de pedido por correo o decide suspender el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de parte de un proveedor de atención médica para ver si desea que se surta el medicamento y se le envíe inmediatamente.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se realice el envío.
- Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para hacerles saber qué hacer con la nueva receta e impedir demoras en el envío.

Para finalizar con las entregas automáticas de recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts al 1-800-690-5924.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



3. Resurtidos de recetas de pedido por correo

Para el resurtido de medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse a un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar automáticamente su siguiente resurtido cuando nuestros registros indiquen que está próximo a quedarse sin su medicamento.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los próximos resurtidos que se hayan programado en caso de que ya tenga suficientes medicamentos o haya cambiado de medicamento.
- Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se le acabe su receta actual para asegurarse de que su siguiente pedido se le envíe a tiempo.

Para no participar en el programa que automáticamente prepara los pedidos de los resurtidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Express Scripts al 1-800-690-5924.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de hacer saber a la farmacia la mejor forma de contactarlo. Simplemente llame a su farmacia de pedido por correo y hágales saber cómo prefiere ser contactado.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

Algunas farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 102 días no tiene copago. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica cuáles son las farmacias que le pueden proveer un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información.

Puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior, para obtener información acerca de los servicios de pedido por correo.

A8. Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, nosotros pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* si usted no puede usar los servicios de una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como afiliado a nuestro plan. En estas situaciones, consulte primero con Servicios para Afiliados para comprobar si existe una farmacia de la red cercana.

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

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- Si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica
- Si las recetas están relacionadas con la atención de atención médica necesaria de urgencia

A9. Cómo reembolsarle si paga por una receta

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total en el momento de surtir su receta. Puede solicitarnos un reembolso.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

B. Lista de medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la “*Lista de medicamentos*” en forma abreviada.

Los medicamentos en esta *lista* son seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le indica si existen reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubriremos un medicamento que se encuentre en la *Lista de medicamentos* del plan, siempre que siga las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos en la *Lista de medicamentos*

La *Lista de medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y ciertos medicamentos con receta y de venta libre cubiertos por sus beneficios de Medicaid de Michigan.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos clásicos. En la *Lista de medicamentos*, cuando decimos “medicamentos”, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico, como vacunas o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o productos biológicos y suelen costar menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, es posible que puedan sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



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

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

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

Para averiguar si un medicamento que está tomando se encuentra en la *Lista de medicamentos*, puede:

- Revisar la *Lista de medicamentos* más actualizada que le enviamos por correo.
- Visite el sitio web del plan en **CareSource.com/mi/plans/mihealthlink/plan-documents**. La *Lista de medicamentos* del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a Servicios para Afiliados para averiguar si un medicamento particular está en la *Lista de medicamentos* del plan o para pedir una copia de la lista.
- Use nuestra "Herramienta de beneficios en tiempo real" en **HAPCareSource.com** o llame a Servicios para Afiliados. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos debido a que la ley no permite que el plan cubra esos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento particular en la *Lista de medicamentos*.

HAP CareSource MI Health Link no pagará por los medicamentos mencionados en esta sección. Dichos medicamentos se denominan **medicamentos excluidos**. Si usted obtiene una receta para un medicamento excluido, deberá pagar por este. Si considera que debemos pagar por un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D y de Medicaid de Michigan) no puede pagar por los medicamentos que ya estarían cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por las Partes A o B están cubiertos por HAP CareSource MI Health Link de manera gratuita, pero no se los considera parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de Estados Unidos y sus territorios.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico puede recetarle un medicamento para tratar su afección, a pesar de que no haya sido aprobado para tratar dicha afección. Esto se denomina uso fuera de lo indicado en la etiqueta. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos con receta para uso fuera de lo indicado en la etiqueta.

Además, por ley, los tipos de medicamentos que se mencionan a continuación no cuentan con la cobertura de Medicare ni de Medicaid de Michigan:

- medicamentos para favorecer la fertilidad
- medicamentos que se usan para aliviar la tos o los síntomas del resfrío
- medicamentos con fines cosméticos o para favorecer el crecimiento del cabello
- medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra®, y Caverject®
- medicamentos para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o para recuperar peso
- medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía fabricante de tales medicamentos indica que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle los servicios.

B4. Niveles de la Lista de medicamentos

Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* del plan se encuentra en uno de dos niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o de venta libre)

- El nivel 1 incluye principalmente medicamentos genéricos, algunos medicamentos de marca y medicamentos de venta libre (OTC) (nivel más bajo)
- El nivel 2 incluye principalmente medicamentos de marca, algunos medicamentos genéricos y medicamentos de venta libre (OTC) (el nivel más alto)

Para averiguar en qué nivel está su medicamento, búsquelo en la *Lista de medicamentos* del plan.

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

C. Límites sobre determinados medicamentos

¿Por qué algunos medicamentos tienen límites?

Para ciertos medicamentos con receta, existen reglas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre el plan. Por lo general, nuestras reglas le animan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de menor costo

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



funciona tan eficazmente como un medicamento de mayor costo, los planes esperan que su proveedor utilice el medicamento de menor costo.

Si existe una regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que seguir algunos pasos adicionales para que nosotros podamos cubrir el medicamento. Por ejemplo, su proveedor podría tener que informarnos su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, debe solicitarnos que hagamos una excepción. Podremos o no estar de acuerdo en cuanto a si permitirle usar el medicamento sin seguir pasos adicionales.

Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9.

¿Qué tipos de reglas existen?

1. Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando se encuentre disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable

Por lo general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y suele costar menos. En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca o producto biológico original cuando una versión genérica esté disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado la razón médica por la que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará en su caso o ha escrito “Sin sustituciones” en su receta de un medicamento de marca o producto biológico original o nos ha indicado la razón médica por la que ni el medicamento genérico, ni el biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.

2. Cómo obtener aprobación previa del plan

En el caso de algunos medicamentos, usted o quien le receta deben obtener la aprobación de HAP CareSource MI Health Link, según normas específicas, antes de surtir la receta. Es posible que HAP CareSource MI Health Link no cubra el medicamento si no obtiene la aprobación.

3. Probar primero un medicamento diferente

Por lo general, es preferencia del plan que usted adquiera medicamentos de menor costo (que con frecuencia son igual de efectivos) antes de que el plan cubra los medicamentos

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.HAPCareSource.com).



que cuestan más. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, el plan puede solicitarle que usted pruebe primero el Medicamento A.

Si el Medicamento A no muestra los resultados esperados, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. A esto se le denomina terapia escalonada.

4. Límites de cantidad del medicamento

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede recibir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que hace surtir la receta.

¿Algunas de estas reglas se aplican a sus medicamentos?

Para averiguar si cualquiera de estas reglas se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, revise la *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en **CareSource.com/mi/members/tools-resources/find-my-prescriptions/mihealthlink/**.

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

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero algunas veces un medicamento puede no estar cubierto en la forma en que a usted le gustaría. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. El medicamento podría no estar en la *Lista de medicamentos*. Una versión genérica del medicamento podría estar cubierta pero la versión de marca que desea tomar no lo está. Un medicamento puede ser nuevo y no hemos comprobado aún su seguridad y efectividad.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas adicionales o límites para la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o su profesional que receta tal vez deseen solicitarnos una excepción a la regla.

Existen cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede ofrecer un suministro temporal de un medicamento cuando este no figure en la *Lista de medicamentos* o cuando esté restringido de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para solicitar al plan que cubra el medicamento.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Para obtener un suministro temporal de un medicamento, deberá cumplir con las dos reglas siguientes:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en la *Lista de medicamentos del plan*, o
 - nunca estuvo en la *Lista de medicamentos del plan*, o
 - ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe encontrarse en una de las situaciones descritas a continuación:

Para medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Estuvo 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 por hasta 30 días.
 - Si su receta es por menos días, permitiremos surtidos múltiples para cubrir hasta un máximo de 30 días de su medicamento. Debe surtir su receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento con receta en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desaprovechamiento.
- Es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su **medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación en el plan**.
 - Este suministro temporal será por hasta 30 días.
 - Si su receta es por menos días, permitiremos surtidos múltiples para cubrir hasta un máximo de 30 días de su medicamento. Debe surtir su receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento con receta en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desaprovechamiento.
- Ha estado en el plan por más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro de 31 días , o menos si su receta está prescrita para menos días. Esto se añade al suministro temporal anterior.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- Si experimenta un cambio en el nivel de atención (por ejemplo, entra o sale de un hospital o centro de atención a largo plazo), puede comunicarse con Servicios para Afiliados o su farmacia puede comunicarse con el Servicio de Ayuda Técnica de Farmacia para obtener una anulación. Estos números se pueden encontrar en su tarjeta de identificación.
- Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Afiliados.

Para medicamentos de Medicaid de Michigan:

- Es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro de su medicamento de Medicaid de Michigan hasta por 90 días calendario después de la inscripción y no le terminaremos al final de los 90 días calendario sin notificarle con anticipación y una transición a otro medicamento, si es necesario.
 - Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Afiliados.

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

- Puede cambiar a otro medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que sea adecuado para usted. Puede llamar a Servicios para Afiliados para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera funcionar para usted.

O BIEN

- Puede pedir que se haga una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción. Por ejemplo, puede pedir que el plan cubra un medicamento aunque no esté en la *Lista de medicamentos* del plan. O puede pedir que el plan cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor sostiene que usted tiene una buena justificación médica para una excepción, puede ayudarle a pedir la excepción.

Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9.

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

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero es posible que HAP CareSource MI Health Link agregue o quite medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir exigir o no una aprobación previa (prior approval, PA) para un medicamento. (Una aprobación previa es una autorización que debe obtener de HAP CareSource MI Health Link antes de obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamado “límites a la cantidad del medicamento”).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada en un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información acerca de estas reglas que se aplican a los medicamentos, consulte la Sección C que aparece antes en este capítulo.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto **a principio** de año, generalmente no retiramos ni modificamos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- salga a la venta un nuevo medicamento más económico, pero tan efectivo como el medicamento que ya está en la *Lista de medicamentos* , o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro; o
- se retire un medicamento del mercado.

¿Qué pasa si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

Para obtener más información acerca de qué sucede cuando la *Lista de medicamentos* se modifica, usted puede:

- Consulte la lista actualizada de medicamentos de HAP CareSource MI Health Link en línea en **CareSource.com/mi/members/tools-resources/find-myprescriptions/mihealthlink/**
o
- También puede llamar a Servicios para Afiliados para consultar la *Lista de medicamentos* al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

Cambios que podemos hacer a la *Lista de medicamentos* que le afectan durante el año actual del plan

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



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

- **Sale a la venta un nuevo medicamento genérico.** En ocasiones, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico que es tan eficaz como un medicamento de marca o un medicamento de producto biológico original que actualmente se encuentra en la *Lista de medicamentos*. En estos casos, podemos retirar el medicamento de marca de la lista y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento no se modificará.

Cuando incorporamos un medicamento genérico nuevo, también podemos decidir conservar el medicamento de marca en la lista, pero cambiaremos sus reglas o limitaciones de cobertura.

- Es posible que no le informemos sobre dicho cambio con antelación, pero le enviaremos información sobre el cambio específico realizado luego de su aplicación.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una "excepción" a dichos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que debe tomar para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Retiro de un medicamento del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) advierte que un medicamento que usted toma no es seguro o eficaz, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo eliminaremos de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de haber efectuado el cambio. Su profesional que receta también estará al tanto de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su enfermedad.

Podemos efectuar otros cambios que incidan en los medicamentos que usted toma. Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios a la *Lista de medicamentos*. Se podrían aplicar estos cambios si:

- la FDA brinda nuevos lineamientos o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento;

Cuando se efectúen dichos cambios, nosotros:

- le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio a la *Lista de medicamentos* o
- le avisaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que usted solicite el resurtido de su receta.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que receta. Esta persona puede ayudarle a decidir:

- si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o
- si debiese solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre la solicitud de excepciones, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la *Lista de medicamentos* que no le afectarán durante este año del plan

Es posible que realicemos cambios en los medicamentos que toma que no estén descritos anteriormente y que no afecten los medicamentos que toma actualmente. En cuanto a esos cambios, si está tomando un medicamento que estaba cubierto **a principio** de año, generalmente no retiramos ni modificamos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si retiramos o limitamos el uso de un medicamento que usted está tomando, entonces el cambio no afectará el uso de dicho medicamento por el resto del año.

Si cualquiera de estos cambios ocurre a un medicamento que esté tomando, entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año próximo.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan en curso. Necesitará verificar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando lo afectará durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Usted no tendrá que hacer un copago. Una vez que abandone el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas las reglas de cobertura.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como una residencia geriátrica) cuenta con su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede recibir sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Revise su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no fuese el caso, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Afiliados.

F3. Si está 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 hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su pronóstico terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan deberá recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor de atención de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo.
- Para evitar cualquier demora a la hora de conseguir un medicamento que no esté relacionado y que debería estar cubierto por nuestro plan, puede solicitarle al proveedor de cuidados de hospicio o a la persona que prescribe sus recetas que se asegure de que hayamos sido notificados que el medicamento no tiene relación alguna antes de que usted le solicite a la farmacia que surta su receta.

Si deja el programa de hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para impedir demoras en una farmacia cuando termina su beneficio del programa de hospicio de Medicare, debe llevar documentación a la farmacia para verificar que ha dejado el programa de hospicio. Consulte las partes anteriores de este capítulo que le hablan sobre las reglas para obtener la cobertura de medicamentos bajo la Parte D.

Para obtener más información sobre el beneficio de hospicio, consulte el Capítulo 4.

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

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

Cada vez que surte una receta médica, intentamos detectar posibles problemas, como errores en los medicamentos, o medicamentos que:

- podrían no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- podrían no ser seguros o apropiados para su edad o sexo
- podrían ser nocivos si se toman al mismo tiempo
- tengan ingredientes que producen o puedan producir una reacción alérgica
- tengan cantidades poco seguras de medicamentos opioides para el dolor

Si observamos un posible problema en el uso de sus medicamentos con receta, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



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

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas o si está en un Programa de manejo de medicamentos para ayudarle a usar sus medicamentos opioides de forma segura, es posible que sea elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través del programa de Gestión de terapia de medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos están funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones farmacológicas
- cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier duda o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y-de-venta libre

Usted recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué puede hacer para usar mejor sus medicamentos. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma y por qué los toma. Además, usted recibirá información acerca de cómo desechar los medicamentos, que son sustancias controladas, con receta de forma segura.

Es una buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, de manera que pueda hablar con su médico acerca de su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos consigo si va al hospital o a una sala de emergencias.

Los programas de gestión de terapia de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los afiliados que califican. Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente le inscribiremos en dicho programa y le enviaremos la información. Si usted no desea participar en el programa, por favor infórmenos y le sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con su coordinador de la atención o Servicios para Afiliados.

G3. Programa para el manejo de medicamentos para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides en forma segura

HAP CareSource MI Health Link cuenta con un programa que puede ayudar a los afiliados a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que frecuentemente se usan de forma incorrecta. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted usa medicamentos opioides que recibe de muchos profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, nosotros podríamos hablar con sus profesionales que

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



recetan para asegurarnos de que su uso es adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con su profesional que receta, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podríamos limitar cómo obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas para dichos medicamentos **de una determinada farmacia y/o de un determinado profesional que receta**
- **Limitar la cantidad** de dichos medicamentos que le cubrimos.

Si creemos que se debería aplicar más de una limitación con usted, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un médico o farmacia específico.

Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar y cualquier información que crea que es importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirmará las limitaciones.

Si piensa que cometimos un error, está en desacuerdo con que corre riesgo de usar incorrectamente sus medicamentos con receta, o está en desacuerdo con las limitaciones, usted o el médico tratante pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos nuestra decisión. Si mantenemos la denegación de cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Entidad Revisora Independiente (Independent Review Entity, IRE). (Para obtener información acerca de cómo presentar una apelación y sobre la IRE, consulte el Capítulo 9).

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

- tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica;
- está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos o cuidados médicos para el final de la vida; o
- vive en un centro de atención a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Capítulo 6: Qué paga usted por los medicamentos con receta de Medicare y Medicaid de Michigan

Introducción

En este capítulo se le explica sobre sus medicamentos con receta como paciente ambulatorio. Por “medicamentos”, nos referiremos a lo siguiente:

- medicamentos con receta de la Parte D de Medicare; **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid de Michigan, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Medicaid de Michigan, obtiene “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Al programa Ayuda Adicional también se lo denomina “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Los términos claves y sus definiciones se encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Para obtener más información acerca de los medicamentos con receta, puede consultar en:

- *La Lista de* medicamentos cubiertos del plan.
 - La denominamos “*Lista de medicamentos*”. Le indica:
 - qué medicamentos paga el plan
 - en cuál de los dos niveles se encuentra cada medicamento
 - si existe algún límite sobre los medicamentos.
 - Si necesita una copia de la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Afiliados. También puede encontrar la *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en **CareSource.com/mi/members/tools-resources/find-my-prescriptions/mihealthlink/**. La *Lista de medicamentos* en el sitio web siempre es la más actualizada.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- El Capítulo 5 del *Manual del Afiliado*.
 - En el Capítulo 5 se le indica cómo obtener los medicamentos con receta como paciente ambulatorio a través del plan.
 - Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.
 - En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de las farmacias de la red. Puede obtener más información sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5.
 - Cuando usted usa la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección B2), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos personales que se espera que pague. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener más información.

Índice

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB).....	139
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos	139
C. Un resumen de su cobertura de medicamentos	140
C1. Los niveles del plan	140
C2. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	140
C3. Resumen de cobertura de medicamentos.....	141
D. Vacunas	142
D1. Qué necesita saber antes de recibir una vacuna	142

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan mantiene un registro de sus medicamentos con receta. Damos seguimiento a sus costos totales por los medicamentos. Este es el importe que usted, u otros en su lugar, pagan por sus recetas, además de la cantidad que paga el plan.

Cuando obtiene sus medicamentos con receta por medio del plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de beneficios*. La denominamos de forma abreviada EOB (por sus siglas en inglés). La EOB tiene más información acerca de los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información para el mes.** El resumen le indica qué medicamentos con receta obtuvo el mes anterior. Detalla los costos totales de medicamentos, cuánto pagó el plan, cuánto pagó usted y lo que otros pagaron por usted.
- **Información del “Año hasta la fecha”.** Este es el costo total de medicamento y el total de los pagos realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Este es el precio total del medicamento y el cambio en el porcentaje en el precio del medicamento desde que se surtió por primera vez.
- **Alternativas de costo más bajo.** Cuando están disponibles, aparecen en el resumen a continuación de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su médico tratante para obtener más información.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para los costos totales personales de la Parte D.
- Para conocer los medicamentos que cubre nuestro plan, consulte la *Lista de medicamentos*.

B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento a los costos de sus medicamentos y de los pagos que realice por ellos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. De esta forma es como puede ayudarnos:

1. Utilice su tarjeta de identificación (ID) de afiliado.

Muestre su tarjeta de identificación (ID) de afiliado cada vez que surta una receta. Esto nos ayudará a saber cuáles son las recetas que le surten y cuánto paga usted.

2. Envíenos información sobre los pagos que otras personas hayan realizado por usted.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también cuentan para sus costos totales. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Atención Médica Indio, y la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan para sus gastos personales.

3. Revise la EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que sea correcta y que esté completa. Si considera que algo no está correcto o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados. Reduzca el desorden y deje de usar papel con la Explicación electrónica de beneficios de la Parte D iniciando sesión en **HAPCareSource.com**. Asegúrese de conservar estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

C. Un resumen de su cobertura de medicamentos

Como afiliado a HAP CareSource MI Health Link, usted no paga nada por medicamentos con receta y de venta libre (over-the-counter, OTC) cubiertos, siempre y cuando siga las reglas de HAP CareSource MI Health Link.

C1. Los niveles del plan

Los niveles son grupos de medicamentos. Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* del plan se encuentra en uno de dos niveles. No hay ningún costo por medicamentos en ninguno de los niveles.

- Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos genéricos, algunos medicamentos de marca y medicamentos de venta libre (OTC).
- Los medicamentos de nivel 2 son medicamentos de marca, algunos medicamentos genéricos y medicamentos de venta libre (OTC).

C2. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro ampliado”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 102 días. No hay ningún costo para usted por un suministro a largo plazo.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



C3. Resumen de cobertura de medicamentos**Su cobertura para un suministro a largo plazo o para un mes de un medicamento con receta cubierto**

*Los medicamentos de especialidad no califican para un suministro de 102 días	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 102 días	El servicio de pedido por correo del plan Un suministro para un mes o hasta 102 días	Una farmacia de atención médica a largo plazo de la red Suministro para hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura es limitada en ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.
Nivel 1 (En su mayoría medicamentos genéricos, algunos medicamentos de marca y medicamentos de venta libre (OTC))	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (En su mayoría medicamentos de marca, algunos medicamentos genéricos y medicamentos de venta libre (OTC))	\$0	\$0	\$0	\$0

Para obtener información acerca de qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias del plan*.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



D. Vacunas

Mensaje importante acerca de lo que paga por vacunas: Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D de Medicare. Estas vacunas figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos (Formulario)* de su plan o comuníquese con Servicios para Afiliados para obtener detalles sobre la cobertura y la repartición de costos acerca de vacunas específicas.

Existen dos partes para nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte de la cobertura es para el costo de **la vacuna en sí misma**. La vacuna es un medicamento con receta.
2. La segunda parte de la cobertura es para el costo de **aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, usted a veces puede recibir la vacuna como una inyección realizada por su médico.

D1. Qué necesita saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para Afiliados siempre que esté pensando en recibir una vacuna.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus propios costos usando los servicios de los proveedores y farmacias de nuestra red. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con HAP CareSource MI Health Link para asegurarse de que usted no tenga que pagar ningún costo inicial por una vacuna de la Parte D.
- Si no puede usar los servicios de los proveedores y farmacias de la red, podemos decirle lo que necesita hacer para pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo enviarnos una factura para solicitar un pago y cuándo hacerlo. También le indica cómo apelar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos claves y sus definiciones se encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos	144
B. Cómo enviar una solicitud de pago.....	146
C. Decisiones de cobertura.....	147
D. Apelaciones.....	148

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



A. Cómo solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

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

Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la sección B.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a que le devuelvan el dinero.
- Si los servicios o medicamentos **no** están cubiertos, se lo haremos saber.

Comuníquese con su coordinador de la atención o Servicios para Afiliados si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, incluimos algunos ejemplos sobre cuándo podría tener que solicitar que nuestro plan lo ayude con un pago que realizó o una factura que recibió:

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

Debe solicitarle al proveedor que le facture al plan.

- Si paga el monto total cuando recibe la atención, puede solicitar que le reembolsen la suma total. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted piensa que no debe hacer. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya ha pagado por el servicio, le reembolsaremos el importe.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan los servicios cubiertos. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado a HAP CareSource MI Health Link cuando obtenga servicios médicos o recetas. La facturación incorrecta/inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que el costo compartido del plan por los servicios. **Llame a Servicios para Afiliados si recibe facturas que no comprende.**

- Debido a que HAP CareSource MI Health Link paga el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos por los servicios cubiertos.

3. Cuando usa los servicios de una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar el costo total cuando obtenga su receta.

- Solo en unos pocos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando pida que le reembolsemos.
- Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

4. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene consigo tarjeta de identificación de afiliado

Si no tiene consigo su tarjeta de identificación de afiliado al plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan.

- No obstante, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, tendrá que pagar el costo total del medicamento usted mismo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando pida que le reembolsemos.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.HAPCareSource.com).



- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

5. Cuando usted paga el costo total de una receta para un medicamento que no está cubierto.

Puede pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento podría no estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos)* del plan o podría tener un requerimiento o restricción que usted no conocía o que piensa que no debería aplicársele. Si decide obtener el medicamento de inmediato, podría tener que pagar el costo total de dicho medicamento.
 - Si no paga por el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
 - Si usted y el médico, u otro profesional que emita recetas, consideran que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura acelerada (consulte el Capítulo 9).
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando pida que le reembolsemos. En algunas situaciones, podríamos necesitar obtener más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo por el medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento debería estar cubierto. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea sacar una copia de su factura y de sus recibos para sus registros.** Puede pedir ayuda a su coordinador de la atención.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



HAP CareSource
P.O. Box 1025
Dayton, OH 45401

También puede llamar a nuestro plan para solicitar el pago. Comuníquese con Servicios para Afiliados al: **1-833-230-2057** (TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Debe presentarnos sus reclamaciones dentro de 180 de la fecha en que recibió el servicio o artículo, y **dentro de los 36 meses** a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos la solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si su atención médica o medicamento están cubiertos por el plan. También decidiremos el monto, si lo hubiera, que usted deba pagar por la atención médica o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que la atención médica o medicamento está cubierto y siguió todas las reglas para obtener la atención médica o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado). Si todavía no pagó el servicio o medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor.

En el Capítulo 3 se explican las reglas para que sus servicios sean cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas que necesita seguir para que se cubran sus medicamentos con receta de la Parte D).

- Si decidimos no pagar por el servicio o medicamento, le enviaremos una carta explicándole por qué no. La carta también le explicará sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.HAPCareSource.com).



D. Apelaciones

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

El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la Sección E.
- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la Sección E.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, usted encontrará sus derechos y responsabilidades como afiliado al plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos claves y sus definiciones se encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades	151
B. Nuestra responsabilidad de tratarle con respeto, equidad y dignidad en todo momento.....	152
C. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	153
D. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI).....	154
D1. Cómo protegemos su PHI.....	154
D2. Tiene derecho a consultar sus expedientes médicos	155
D3. Aviso de prácticas de privacidad	155
E. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	161
F. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente a usted.....	163
G. Su derecho a abandonar el plan.....	163
H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	163
H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica.....	163
H2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo	164
H3. Qué debe hacer si no se respetan sus directivas anticipadas	165

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



I. Su derecho a hacer reclamaciones y a solicitar que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado.....	166
I1. Qué debe hacer si considera que no está recibiendo un trato justo o si desea más información sobre sus derechos	166
J. Sus responsabilidades como afiliado al plan	166
K. Información sobre nuestro programa de calidad.....	169

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



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

Tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto. Usted tiene derecho a opinar sobre la gobernanza y el funcionamiento del sistema integrado, del proveedor y del plan de salud. Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle acerca de sus beneficios y derechos de una manera que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que permanezca afiliado a nuestro plan.

- Si desea obtener información de una manera que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Afiliados o a su coordinador de la atención al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Nuestro plan tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluido árabe o español, y en formatos como letra grande o audio.
 - También puede solicitar que sus materiales se le envíen en el idioma de su preferencia, además del inglés, o en un formato alternativo para futuros envíos.
 - Mantendremos su preferencia para la correspondencia y las comunicaciones en nuestros archivos, por lo que no es necesario que presente una solicitud por separado cada vez. Si en algún momento cambia de opinión, siempre puede comunicarse con Servicios para Afiliados.
- Usted tiene derecho a hacer recomendaciones respecto a la política de derechos y obligaciones de los afiliados a la organización.
- El derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores, además de los derechos y responsabilidades de los afiliados.
- El derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y de su derecho a la intimidad.
- El derecho a participar con los profesionales en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Usted tiene derecho a un análisis honesto de las opciones de tratamiento adecuadas o clínicamente necesarias para sus afecciones, independientemente de su costo o cobertura de beneficios.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, 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 presentar una reclamación ante Medicaid de Michigan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.
- Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de tratarle con respeto, equidad y dignidad en todo momento

Nuestro plan debe respetar las leyes que le protegen a usted contra la discriminación o el trato injusto. No discriminamos a los afiliados por ninguno de los siguientes factores:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| • Edad | • Historia clínica |
| • Apelaciones | • Capacidad mental |
| • Comportamiento | • Discapacidad física o mental |
| • Experiencia en reclamos | • Origen nacional |
| • Etnia | • Raza |
| • Comprobación de elegibilidad | • Recepción de la atención médica |
| • Identidad de género | • Religión |
| • Información genética | • Sexo |
| • Ubicación geográfica dentro del área de servicio | • Orientación sexual |
| • Estado de salud | • Fuente de pago |
| | • Uso de servicios |

Según las reglas del plan, usted tiene el derecho a estar libre de cualquier forma de restricción física o reclusión que pudiera utilizarse como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.

Nosotros no podemos negarle servicios ni castigarle por ejercer sus derechos.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- Para obtener más información, o si tiene alguna inquietud acerca de la discriminación o el trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- También puede llamar al Departamento de Derechos Civiles de Michigan al 1-800-482-3604. La oficina más cercana a nuestra área de servicio se encuentra en Detroit. Puede comunicarse con ellos al 1-313-456-3700 o gratis al 1-800-482-3604. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-878-8464.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Afiliados. Si tiene alguna reclamación, por ejemplo, un problema con un acceso para silla de ruedas, Servicios para Afiliados puede ayudarle.

C. Nuestra responsabilidad en asegurarnos de que obtenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como afiliado a nuestro plan:

- Tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También tiene derecho a cambiar de PCP dentro de su plan de salud. Puede encontrar más información sobre cómo elegir un PCP en el Capítulo 3.
 - Llame a Servicios para Afiliados o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y cuáles médicos aceptan nuevos pacientes.
- Usted también tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer sin necesidad de derivación. Una derivación es la aprobación del PCP para que consulte con alguien que no sea su PCP.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos por parte de los especialistas.
 - Si no puede obtener servicios dentro de un período razonable, debemos pagar para que usted puede recibir atención fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención médica necesaria de urgencia sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.

El Capítulo 9 explica lo que usted puede hacer si considera que no obtiene sus servicios o medicamentos dentro de un período razonable. El Capítulo 9 también explica lo que puede hacer si le hemos negado la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

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

Tiene derecho a la privacidad y confidencialidad de toda su atención y de toda la información médica, a menos que la ley exija lo contrario. Protegemos su información médica personal (Personal Health Information, PHI) como lo exigen las leyes federales y estatales.

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

Tiene derecho relacionados con su información y a controlar cómo se usa su PHI. Le proporcionamos un aviso por escrito que informa sobre tales derechos. El aviso por escrito se denomina “Aviso de prácticas de privacidad”. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

D1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no damos su PHI a nadie que no esté proporcionándole atención médica o pagando por esta. Si lo hacemos, se nos exige obtener primero un permiso por escrito de su parte. El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o por la persona a quien usted le haya otorgado un poder para tomar decisiones en su nombre.

Existen algunas excepciones en las que no estamos obligados a obtener su permiso por escrito primero. Dichas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.

- Estamos obligados a divulgar la PHI a las agencias gubernamentales encargadas de verificar la calidad de la atención.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- Estamos obligados a proporcionar su PHI a Medicare y Medicaid de Michigan. Si Medicare o Medicaid de Michigan divulgan su información para investigación o algún otro fin, esto se hará de conformidad con las leyes federales y estatales.

D2. Tiene derecho a consultar sus expedientes médicos

Tiene derecho a consultar sus expedientes médicos y a obtener una copia de sus registros.

- Le proporcionamos la primera copia de sus registros médicos sin costo.
- Se nos permite cobrarle una tarifa razonable por hacer copias adicionales de sus registros médicos.

Tiene derecho a enmendar o corregir la información de su registros médicos. La corrección pasará a formar parte de su expediente.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para Afiliados o a la línea directa de cumplimiento de HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. Puede permanecer en el anonimato.

D3. Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y de qué modo usted puede acceder a dicha información. Revíselo en detalle.

En este aviso nos referiremos a nosotros simplemente como "HAP CareSource MI Health Link".

Sus derechos

En lo que se refiere a su información médica, usted tiene derecho a:

- **Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones.** Puede solicitar una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones. Le entregaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos. Con frecuencia lo hacemos en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa justa y basada en los costos.
- **Solicitar que corriamos sus expedientes médicos y de reclamaciones.** Puede pedirnos que arreglemos sus registros médicos y de reclamos si piensa que son erróneos o están incompletos. Podemos rechazar su solicitud. Si lo hacemos, le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
- **Solicitar comunicaciones privadas.** Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica, por ejemplo, a través del teléfono particular o de la

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.



oficina. Puede pedirnos que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Analizaremos todas las solicitudes razonables. Debemos aceptar su solicitud si nos indica que usted podría estar en peligro en caso de no hacerlo.

- **Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos.** Puede pedirnos que no usemos ni compartamos determinada información médica para la atención, los pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar tales solicitudes. Podemos rechazar su solicitud si esto cambiase su atención o por otros motivos.
- **Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información.** Puede pedirnos una lista de todas las veces que hemos compartido su información médica. Esto se limita a los seis años anteriores a la fecha de la solicitud. Puede preguntar con quién hemos compartido su información y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas relacionadas con lo siguiente:
 - atención
 - el monto pagado
 - operaciones de atención médica
 - otras divulgaciones que nos pidió que hiciéramos

Le proporcionaremos una lista gratuita por año. Si solicitan otra antes de los 12 meses, les cobraremos una tarifa justa basada en el costo.

- **Obtener una copia de este aviso de privacidad.** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Puede hacerlo incluso si acordó recibir el aviso en formato electrónico. Le entregaremos una copia impresa tan pronto como sea posible.
- **Puede autorizar a HAP CareSource MI Health Link para hablar con alguien en su nombre.** Puede autorizar a HAP CareSource MI Health Link para hablar sobre su información médica con otra persona en su nombre. Los tutores legales pueden tomar decisiones sobre su información médica. HAP CareSource MI Health Link le dará información médica al tutor legal. Nos aseguraremos de que el tutor legal tenga este derecho y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos alguna medida.
- **Presentar una reclamación si siente que se vulneran sus derechos.** Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con la oficina de privacidad de HAP CareSource MI Health Link a la información proporcionada al final de este aviso o con la línea directa de cumplimiento de HAP CareSource MI Health Link al **1-844-784-9583 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. Al llamar a la línea directa, tiene la opción de permanecer en el anonimato.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.



Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) del siguiente modo:

- puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201
- puede llamar al 1-877-696-6775
- puede visitar www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html

No tomaremos ninguna acción en su contra por presentar una reclamación. Nosotros no podemos exigirle que no haga uso de su derecho a presentar una reclamación como condición para:

- atención
- el pago
- inscripción en un plan de salud
- elegibilidad para los beneficios

Sus opciones

En el caso de cierta información médica, puede elegir lo que compartimos. Debe informar a HAP CareSource MI Health Link cómo quiere que se comparta esta información. Seguiremos estas órdenes. En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos que hagamos lo siguiente:

- compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan del pago de su atención.
- compartir información en una situación de ayuda humanitaria.

Si no puede indicarnos su opción, por ejemplo, si está inconsciente, podemos continuar y compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad. No podemos compartir su información, a menos que nos haya dado su consentimiento por escrito para:

- usos de mercadeo
- venta de su información
- compartir sus notas de psicoterapia

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Consentimiento para compartir la información médica

HAP CareSource MI Health Link comparte su información médica, incluida la Información médica confidencial (Sensitive Health Information, SHI). La SHI puede incluir información relacionada con tratamientos contra las drogas y/o el alcohol, los resultados de análisis genéticos, VIH/SIDA, la salud mental, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), o las enfermedades contagiosas u otras afecciones que representen un peligro para su salud. Esta información se comparte para brindarle una mejor atención y tratamiento o para ayudarlo con los beneficios. Esta información se comparte con sus proveedores de atención médica pasados, actuales y futuros. También se comparte con los Intercambios de Información Médica (Health Information Exchanges, HIE). Los HIE permiten que los proveedores consulten la información médica que HAP CareSource MI Health Link tiene acerca de los afiliados. Tiene derecho a informar a CareSource que no desea compartir su información médica (incluida la SHI). Si no desea que su información médica (incluida la SHI) se comparta, no se compartirá con los proveedores para manejar su atención y tratamiento o ayudarlo con los beneficios. Se compartirá con el proveedor que lo esté tratando con respecto a la SHI específica. Si no autoriza la divulgación, los proveedores involucrados en su tratamiento no podrán brindarle la misma atención de alta calidad que recibiría si diera su permiso.

Otros usos y divulgaciones

Usamos o compartimos su información médica de las siguientes formas:

- **Para ayudarle a recibir atención médica.** Podemos usar su información médica y compartirla con expertos que lo están tratando. Ejemplo: un médico nos envía su diagnóstico y plan de atención para que podamos programar más cuidados.
- **Para pagar por su atención médica.** Usaremos y divulgaremos su información médica al pagar por su atención médica. Ejemplo: compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de sus trabajos dentales.
- **Para las operaciones del plan.** Podemos usar o compartir su información médica para llevar adelante nuestro plan de salud. Ejemplo: podemos usar su información para que la calidad de la atención que recibe sea mejor. Podemos brindarle su información médica a grupos externos para que puedan ayudarnos a dirigir el plan de salud. Dichos grupos externos incluyen abogados, contadores, asesores y otras personas. Ellos también mantienen la confidencialidad de su información.

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica?

Tenemos permitido o se nos exige que compartamos su información de otras formas. Esto, con frecuencia, es para contribuir con el bien público, como la salud pública o una investigación. Debemos cumplir con muchas normas de la ley antes de poder compartir su

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



información por estos motivos. Para obtener más información, consulte www.hhs.gov/hipaa/index.html.

- Para ayudar con problemas de seguridad y salud pública. Los objetivos son:
 - prevenir enfermedades
 - colaborar con el retiro de productos
 - informar sobre reacciones nocivas a medicamentos
 - denunciar una sospecha de abuso, abandono o violencia doméstica
 - prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o a la seguridad de una persona
- Para fines de investigación. Podemos usar o compartir su información médica para investigaciones de salud. Podemos hacer esto en la medida en que se cumplan determinadas reglas de privacidad.
- Para cumplir con la ley. Compartiremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen. Esto incluye si el Departamento de Salud y Servicios Humanos necesita asegurarse de que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.
- Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria. Podemos compartir información médica con organizaciones relacionadas con la donación de órganos. Además, podemos compartirla con un médico forense, examinador médico o director de funeraria si usted fallece.
- Para cumplir con la indemnización de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales. Podemos usar o compartir su información médica por las siguientes causas:
 - para reclamaciones sobre la indemnización de los trabajadores
 - con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario policial
 - con organismos de supervisión de la salud para actividades permitidas por la ley
 - para funciones especiales, como ser militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial
 - para responder a demandas y acciones legales Podemos compartir la información médica debido a una orden legal o de un tribunal. También podemos recopilar información no identificable que no pueda rastrearse hasta usted.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Nuestras responsabilidades

- Protegemos su información médica de muchas formas. Esto incluye la información escrita, verbal o disponible en línea a través de una computadora.
 - Los empleados de HAP CareSource MI Health Link reciben capacitación sobre cómo proteger la información de los afiliados.
 - Se habla sobre la información de los afiliados de manera que no se escuche por casualidad de forma inoportuna.
 - HAP CareSource MI Health Link se asegura de que las computadoras que usan los empleados sean seguras mediante el uso de cortafuegos y contraseñas.
 - HAP CareSource MI Health Link limita quién puede acceder a la información médica del afiliado. Nos aseguraremos de que solo los empleados que tengan un motivo comercial para acceder a la información puedan usarla y compartirla.
- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica protegida. Debemos entregarle una copia de este aviso.
- Si existe una violación que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información, se lo haremos saber de inmediato.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso. Debemos entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos información que no sea de la forma que aquí se menciona, a menos que nos autorice por escrito. Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de parecer.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Fecha de entrada en vigencia y cambios en los términos de este aviso

Este aviso se encuentra en vigencia desde el 1 de enero de 2024. Debemos cumplir con los términos de este aviso durante todo el tiempo que esté en vigencia. Si cambiamos el aviso, el nuevo aviso se aplicaría a toda la información médica que conservamos. Si esto sucede, HAP CareSource MI Health Link colocará el nuevo aviso en nuestro sitio web. También puede solicitarlo a nuestro funcionario de privacidad de HAP CareSource MI Health Link al:

Correo postal: HAP CareSource MI Health Link
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 8738
Dayton, OH 45401-8738

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Correo electrónico: [HIPAAPrivacyOfficer@CareSource.com](mailto:HAPAPrivacyOfficer@CareSource.com)

Teléfono: 1-833-230-2091 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)

HAP CareSource™ MI Health Link (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que celebra contratos tanto con Medicare como con Medicaid de Michigan para proporcionarles a los afiliados los beneficios de ambos programas.

E. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Tiene derecho a que se le expliquen todas las opciones, reglas y beneficios del plan, incluso mediante el uso de un intérprete calificado si fuera necesario. Como afiliado a HAP CareSource MI Health Link, tiene derecho a obtener información de nosotros. Si no habla inglés, contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud. Para acceder a un intérprete, llámenos al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Este es un servicio gratuito. También podemos brindarle información en letra grande, audio o diferentes idiomas, por ejemplo, árabe o español.

Si desea obtener información sobre alguno de los siguientes puntos, llame a Servicios para Afiliados:

- Cómo elegir o cambiar de plan.
- Nuestro plan incluye:
 - información financiera
 - cómo ha sido calificado el plan por los afiliados del plan
 - el número de apelaciones hechas por los afiliados
 - cómo abandonar el plan
- Los proveedores y farmacias de la red, lo que incluye:
 - Cómo elegir o cambiar los proveedores de atención primaria
 - Las cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red
 - Una lista de proveedores y farmacias en la red del plan, en el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada acerca de

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios para Afiliados o visite nuestro sitio web en **HAPCareSource.com**.

- Servicios cubiertos (consulte los capítulos 3 y 4) y medicamentos (consulte los capítulos 5 y 6) y acerca de las reglas que debe seguir, que incluyen:
 - servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - límites para su cobertura y medicamentos
 - reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el Capítulo 9), que incluye pedirnos lo siguiente:
 - explicar por escrito por qué algo no está cubierto
 - rectificar una decisión que hayamos tomado
 - pagar una factura que recibió
- Revisión de nuevas tecnologías
 - CareSource depende de la investigación y los avances científicos para brindar a sus afiliados atención de alta calidad basada en evidencia. Nuestro Comité de nuevas tecnologías, integrado por médicos de CareSource, evalúa los avances médicos para determinar su calidad y seguridad. Los proveedores participantes pueden enviar solicitudes para evaluación. Al evaluar regularmente las tecnologías médicas y nuestra cobertura de beneficios, nos esforzamos por brindar atención médica actualizada, eficaz y asequible.
 - CareSource evaluará cualquier solicitud de servicios o tecnología desarrollados recientemente que no estén cubiertos actualmente por el plan. Esto implica:
 - las normas actualizadas de Medicaid y Medicare
 - los lineamientos externos para la evaluación de la tecnología
 - La aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA)
 - las recomendaciones según publicaciones médicas
- Información sobre la estructura y el funcionamiento de nuestros acuerdos de incentivos para proveedores, incluidos aquellos que cubren servicios de derivación que colocan al proveedor en un riesgo financiero significativo (más del 25 %), otros

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



tipos de acuerdos de incentivos, y si se proporciona cobertura por exceso de pérdidas (stop-loss).

F. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente

Los doctores, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden exigirle que pague por los servicios cubiertos. Tampoco le pueden cobrar si pagamos menos de lo que el proveedor nos cobra. Consulte el Capítulo 7, para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos.

G. Su derecho a abandonar el plan

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea.

- Tiene derecho a obtener sus servicios de atención médica de Medicare por medio de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos con receta o de un plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener información sobre cuándo puede afiliarse a un nuevo plan Medicare Advantage o a un plan de beneficios de medicamentos con receta.
- Si hay otro plan de MI Health Link en su área de servicio, también puede cambiarse a un plan diferente de MI Health Link y continuar recibiendo los beneficios coordinados de Medicare y de Medicaid de Michigan .
- Puede obtener sus beneficios de Medicaid de Michigan a través del Medicaid Original (de pago por servicio) de Michigan.

H. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

H1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a participar en todos los aspectos de la atención, incluido el derecho a rechazar el tratamiento y a ejercer todos los derechos de apelación. No sufrir ningún tipo de restricción ni de reclusión como medida de fuerza, disciplina, mitigación o venganza, según lo establecen los reglamentos federales sobre el uso de restricciones y reclusión. Tiene derecho a obtener información detallada de parte de sus médicos y demás proveedores de atención médica. Sus

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de una forma que sea comprensible para usted. Tiene derecho a:

- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe acerca de todos los tipos de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informen los riesgos relacionados. Se le deberá informar con anticipación si determinada atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de tomar una decisión sobre el tratamiento.
- **Decir que “no.”** Usted tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento o terapia. Ello incluye el derecho a abandonar el hospital o cualquier otra institución médica, incluso si su doctor lo desaconseja. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no será apartado del plan. No obstante, si rechazara el tratamiento o dejara de tomar sus medicamentos, usted asumirá toda la responsabilidad de lo que le ocurra en consecuencia.
- **Puede pedirnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le negó la atención médica.** Tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le niega la atención que usted cree que debería recibir.
- **Solicitarlos cubrir un servicio un medicamento que se negó o que, en general, no está cubierto.** Esto se denomina una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 explica cómo solicitarle al plan una decisión de cobertura.

H2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo

En ocasiones, las personas no son capaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que esto ocurra, usted puede:

- Completar un formulario por escrito para **otorgarle a una persona el derecho a tomar decisiones de atención médica por usted.**
- **Proporcionarles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de la manera en que desea que se maneje su atención médica, en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus indicaciones se denomina directiva anticipada. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas, cada uno de los cuales tiene un nombre distinto.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Algunos ejemplos son una directiva anticipada psiquiátrica y un poder notarial duradero para atención médica.

Este es un buen momento para anotar sus directivas anticipadas porque puede hacer conocer su voluntad mientras esté sano. El consultorio médico cuenta con una directiva anticipada que debe completar para indicarle a su médico lo que desea que se haga. Su directiva anticipada a menudo incluye una orden de no reanimar. Algunas personas lo hacen después de hablar con su médico sobre su estado de salud. Proporciona un aviso por escrito a los trabajadores de atención médica que pueden estar brindándole tratamiento en caso de que deje de respirar o su corazón se detenga. Su médico puede ayudarle con esto si está interesado.

No es necesario que use una directiva anticipada, pero puede hacerlo si así quisiera. Esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare y Medicaid de Michigan, como el Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid (Medicare/Medicaid Assistance Program, MMAP), también pueden tener formularios de directivas anticipadas. Asimismo, puede comunicarse con Servicios para Afiliados para solicitar los formularios.
- **Complete y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar recibir ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que necesiten conocer este dato.** Debe entregarle una copia del formulario al médico. También debe entregarle una copia a la persona que usted designa para que tome decisiones en su nombre. Es posible que desee entregarle copias a los amigos cercanos o a sus familiares. Conserve una copia en casa.
- Si sabe con anticipación que va a ser internado y cuenta con directivas anticipadas firmadas, **lleve una copia con usted al hospital.**

Si se le admite en el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene en su poder.

Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital cuenta con formularios a su disposición y se le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección completar un formulario de directivas anticipadas.

H3. Qué debe hacer si no se respetan sus directivas anticipadas

En Michigan, su directiva anticipada tiene efecto vinculante para médicos y hospitales. Sin embargo, si cree que un médico u hospital no respetó las instrucciones de su directiva anticipada, puede

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



presentar una reclamación ante la Oficina de Sistemas Comunitarios y de Salud del Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de Michigan al 1-800-882-6006.

I. Su derecho a hacer reclamaciones y a solicitar que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado

El Capítulo 9 le indica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica cubierta o servicios cubiertos. Por ejemplo, podría pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una reclamación.

Tiene derecho a recibir información acerca de las apelaciones y las reclamaciones que otros afiliados han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios para Afiliados.

I1. Qué debe hacer si considera que no está recibiendo un trato justo o si desea más información sobre sus derechos

Tiene derecho a ejercer sus derechos como afiliado. Ejercer sus derechos no afectará negativamente la forma en que la ICO y los proveedores de la red o MDHHS le tratan. Si considera que recibió un trato injusto y **no** es por discriminación debido a los motivos que se incluyen en el Capítulo 11 o desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

- Servicios para Afiliados.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) En Michigan, SHIP se llama Programa de Asistencia de Medicare (MMAP). Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections”, en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- El programa de Ómbudsman de MI Health Link. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.

J. Sus responsabilidades como afiliado al plan

Como afiliado al plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- **Lea el *Manual del Afiliado*** para conocer qué tiene cobertura y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre:
 - Servicios cubiertos, consulte los capítulos 3 y 4. Dichos capítulos le indican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué debe pagar.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre otra cobertura de salud o medicamento con receta** que tenga. Estamos obligados a asegurarnos de que usemos todas las opciones de cobertura al brindarle atención médica. Llame a Servicios para Afiliados si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y demás proveedores de atención médica** que usted está afiliado a nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación (ID) de afiliado siempre que reciba servicios o medicamentos cubiertos.
- **Ayude a sus médicos** y proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
 - Comparta la información médica importante que necesiten sobre usted y su salud. Obtenga la mayor cantidad de información posible sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones acordadas por usted y sus proveedores.
 - Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados previamente y de manera conjunta, en la medida de lo posible.
 - Asegúrese de que sus doctores y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos de venta con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores deben darle explicaciones que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para casi todos los afiliados a HAP CareSource MI Health Link, Medicaid de Michigan paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- La cantidad de dinero que se le puede pedir que pague por el tiempo que permanezca en un hogar de ancianos se basa en sus ingresos y lo determina el Estado de Michigan. El Capítulo 4 proporciona información adicional sobre el Monto de Pago al Paciente (Patient Pay Amount, PPA) para los servicios de centros de enfermería.
- Cualquier prima del programa Freedom to Work que tenga. Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Michigan Department of Health & Human Services, MDHHS). Para obtener más información de contacto de su oficina local de MDHHS visite www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.
- **Avísenos si se muda.** Si está planeando mudarse, es importante que nos dé aviso de inmediato. Llamar a Servicios para Afiliados.
 - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener HAP CareSource MI Health Link. El Capítulo 1 contiene información acerca de nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a saber si el lugar al que se mudará está fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede pasarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare en su nueva ubicación. Podemos hacerle saber si tenemos un plan en su nueva área.
 - Además, asegúrese de que Medicare y Medicaid de Michigan estén al tanto de su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para conocer los números de teléfono de Medicare y Medicaid de Michigan.
 - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Necesitamos tener su expediente de afiliación actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame a Servicios para Afiliados si tiene dudas o inquietudes.
- Los afiliados de 55 años o más que reciben servicios de atención a largo plazo pueden estar sujetos a la recuperación del patrimonio tras su fallecimiento. Para obtener más información, puede:
 - comunicarse con su coordinador de la atención, o
 - llamar a la línea de ayuda para beneficiarios al 1-800-642-3195, o

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.



- visitar el sitio web en www.michigan.gov/estaterecovery, o
- enviar sus preguntas por correo electrónico a MDHHS-EstateRecovery@michigan.gov.

K. Información sobre nuestro programa de calidad

Cómo HAP CareSource MI Health Link garantiza un servicio y una atención de calidad

El programa de calidad HAP CareSource MI Health Link garantiza que todos nuestros afiliados reciban la más alta calidad de atención médica. Esto significa que los servicios médicos y de salud conductual son seguros y eficaces, están basados en las necesidades de los pacientes y se prestan de manera eficiente, justa y cuando se necesitan. Evaluamos constantemente el programa para averiguar qué está funcionando bien y dónde debemos mejorar. Estas son algunas de las preguntas que estudiamos:

- ¿Nuestros afiliados están recibiendo el tipo adecuado de atención, en el lugar apropiado y en el momento adecuado?
- ¿Están satisfecho con la atención que reciben?
- ¿Están nuestros afiliados al día con las pruebas de detección, vacunas y otros servicios necesarios para mantenerlos saludables?
- ¿Qué tan bien están manejando nuestros afiliados enfermedades crónicas como la diabetes y la insuficiencia cardíaca?
- ¿Comprenden nuestros afiliados y proveedores las pautas importantes que se basan en investigaciones y pruebas médicas?
- ¿Qué tan bien se desempeñan nuestros hospitales con respecto a ciertas medidas de calidad y seguridad?
- ¿Qué más podemos hacer para asegurarnos de que nuestros afiliados tengan acceso a atención médica, programas y servicios de la más alta calidad para mantenerlos saludables y seguros?

Nuestro Plan de calidad incluye objetivos como:

1. Mejorar los datos y procesos clínicos. Evaluación para garantizar que la recopilación de datos sea oportuna, precisa y relevante para nuestros afiliados, y que se implementen procesos para cumplir con las normas de cumplimiento normativo del Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA), del Estado de Michigan y federales.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



2. Mejorar la calidad y la seguridad de los servicios y los resultados de salud para los afiliados. Evaluación de la atención médica de los afiliados en comparación con estándares nacionales o basados en evidencia. Esto nos permite identificar brechas en la atención y los servicios que afectan directamente los resultados de seguridad y salud. Algunos ejemplos de los servicios que se pueden evaluar son las vacunas contra la gripe, la adherencia a los medicamentos, las pruebas de detección y las visitas de atención preventiva.
3. Asegurar el uso adecuado de los servicios de atención médica. Evaluación de la necesidad médica y la rentabilidad de los servicios de atención médica que se brindan a los afiliados, usando criterios de utilización aceptados y estandarizados para determinar la necesidad médica de la cobertura de beneficios.
4. Mejorar la satisfacción de los afiliados y proveedores. Evaluación de la satisfacción de los afiliados y proveedores con la atención a través de encuestas y mediante el seguimiento de quejas y reclamaciones. Un tipo de encuesta se llama CAHPS (Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica). Esto le informa a HAP CareSource MI Health Link si está satisfecho con su atención y con su proveedor. También nos indica qué podemos hacer mejor para usted.

Lea el informe anual del Programa de Calidad

Cada año, mostramos a HAP CareSource MI Health Link el compromiso continuo de mejorar el rendimiento mediante la realización de un análisis exhaustivo que puede utilizar para identificar tendencias y tomar decisiones informadas sobre la atención médica. Resumimos nuestros objetivos y el progreso en el informe del programa de calidad. Ingrese a HAPCareSource.com y luego haga clic en Member Resources (Recursos para afiliados) y seleccione Rights and Responsibilities/Safe and Quality Care (Derechos y responsabilidades/Atención segura y de calidad). Los afiliados también pueden comunicarse con Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)** y solicitar hablar con el Departamento de Gestión de Calidad para obtener copias de los materiales.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.



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

Introducción

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tenga un problema con o una reclamación sobre su plan.
- Necesita un servicio, equipo o medicamento que su plan le ha dicho que no pagará.
- No está conforme con una decisión que ha tomado su plan respecto a su atención.
- Considera que sus servicios cubiertos terminan muy 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 diferentes secciones para ayudarle a encontrar lo que busca con facilidad.

Si tiene un problema con sus servicios de atención médica y apoyo a largo plazo

Debería recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que el médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte del plan. Primero debe intentar trabajar con sus proveedores y HAP CareSource MI Health Link. **Si aún tiene problemas con su atención o con nuestro plan, puede llamar al Ómbudsman de MI Health Link al 1-888-746-6456.** Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y reclamos, pero siempre puede llamar al Ómbudsman de MI Health Link para que lo guíe a través de su problema. Si desea acceder a más recursos que le permitan resolver sus inquietudes, además de formas de contactarse con ellos, consulte el Capítulo 2 para obtener más información acerca de los programas del Ómbudsman.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.HAPCareSource.com).



Índice

A. Qué hacer si tiene un problema.....	174
A1. Acerca de los términos legales.....	174
B. Dónde llamar para obtener ayuda	174
B1. Dónde obtener más información y ayuda	174
C. Qué proceso usar para ayudar con su problema	175
C1. Cómo usar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una reclamación	175
D. Decisiones de cobertura y apelaciones	176
D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones	176
D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones	177
D3. Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará	178
E. Problemas con respecto a la atención médica	179
E1. Cuándo usar esta sección.....	179
E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura.....	180
E3. Apelación interna por atención médica.....	183
E4. Apelación externa para atención médica (no medicamentos de la Parte D).....	188
E5. Inconvenientes con el pago.....	194
F. Medicamentos de la Parte D	196
F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago.....	196
F2. ¿Qué es una excepción?.....	198
F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones	199
F4. ¿Cómo solicitar 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?	200
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	203

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D	206
G. Cómo solicitar que cubramos una estadía prolongada en el hospital	207
G1. Conozca sus derechos de Medicare	208
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria.....	208
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria.....	211
H. Qué hacer si considera que la cobertura de atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan demasiado pronto.....	212
H1. Le informaremos con anticipación cuando la cobertura llegue a su fin.....	212
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con la atención médica.....	212
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con la atención médica.....	215
I. Opciones de apelación después de las apelaciones externas o de Nivel 2	216
I1. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicare.....	216
I2. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicaid de Michigan	216
J. Cómo presentar una reclamación.....	217
J1. Qué tipos de problemas se consideran reclamaciones	217
J2. Reclamaciones internas.....	219
J3. Reclamaciones externas.....	220

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



A. Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Medicaid de Michigan aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Hay términos legales complicados para las reglas y plazos de este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, es por eso que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Usamos la menor cantidad de abreviaturas posibles.

Por ejemplo, diremos:

- “presentar una reclamación” en lugar de “presentar una queja”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación de cobertura acelerada”.

Saber los términos legales correctos puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad y por eso también se los proporcionamos.

B. Dónde llamar para obtener ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

En ocasiones, iniciar o seguir el proceso para manejar un problema puede ser confuso. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o si tiene energía limitada. En otros casos, es posible que usted no tenga el conocimiento necesario para continuar con el siguiente paso.

Puede obtener ayuda del Ómbudsman de MI Health Link

Si necesita ayuda para obtener respuestas a sus preguntas o para comprender qué hacer para manejar su problema, llame al Ómbudsman de MI Health Link. El programa del Ómbudsman de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora. Ellos pueden ayudarle a entender qué proceso usar. El número de teléfono del Ómbudsman de MI Health Link es 1-888-746-6456. Los servicios son gratuitos. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas del Ómbudsman.

Puede obtener ayuda gratuita de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro de Salud (SHIP) Sin embargo, en Michigan, se llama Programa de Asistencia de Medicare de Michigan (Michigan Medicare Assistance Program, MMAP). Los asesores de MMAP pueden responder sus preguntas y

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.hapcare.com).



ayudarle a entender qué hacer para manejar su problema. El MMAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. El MMAP cuenta con asesores capacitados y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono de MMAP es 1-800-803-7174. También puede encontrar información en el sitio web de MMAP en mmapinc.org.

Cómo obtener ayuda de Medicare

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda con sus problemas. Aquí presentamos dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Puede visitar el sitio web de Medicare, en (www.medicare.gov).

Cómo obtener ayuda de Medicaid de Michigan

También puede llamar a Medicaid de Michigan para obtener ayuda con los problemas. Llame a la Línea de Ayuda al Beneficiario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio telefónico por Internet. También puede enviarle un correo electrónico a beneficiarysupport@michigan.gov.

C. Qué proceso usar para ayudar con su problema

C1. Cómo usar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una reclamación

Si usted tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla de abajo le ayudará a encontrar la sección correcta en este capítulo para problemas y reclamaciones.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con los beneficios o la cobertura? (Esto incluye problemas acerca de si determinada atención médica (artículos médicos, servicios y apoyos a largo plazo y/o medicamentos con receta de la Parte B) está cubierta o no, la manera en la que está cubierta y los problemas relacionados con el pago por su atención médica).	
Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones” en la página.	No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura. Continúe en la Sección J: “Cómo presentar una reclamación” en la página.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Descripción general de decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, por lo general nos referimos a artículos médicos y servicios y medicamentos con receta de la Parte B como **atención médica**.

NOTA: los servicios de salud conductual de especialidad de Medicaid están cubiertos por el Plan de salud prepago para pacientes hospitalizados (Prepaid Inpatient Health Plan, PIHP). Esto incluye servicios y apoyos de salud mental, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por uso de sustancias.

Si vive en el condado de Macomb, comuníquese con su coordinador de la atención o con Servicios para Afiliados para obtener información sobre decisiones de cobertura y apelaciones de servicios de salud conductual.

Si vive en el condado de Wayne, comuníquese con Detroit Wayne Integrated Health Network al 1-800-241-4949 (TTY: 1-800-630-1044), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener información sobre decisiones de cobertura y apelaciones sobre servicios de salud conductual.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Nosotros tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué es lo que está cubierto para usted y cuánto pagaremos. También tomaremos una decisión de cobertura cada vez que nos solicite que aumentemos o cambiemos el monto de un servicio, producto o medicamento que ya está recibiendo.

Si usted o su médico no están seguros acerca de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Medicaid de Michigan, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico le proporcione el servicio o suministre el artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión de cobertura y de pedirnos que la cambiemos si cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted desea no está cubierto o no es médicamente necesario para usted. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.HAPCareSource.com).



D2. Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones

¿A quién puedo llamar para solicitar decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedirle ayuda a cualquiera de estas personas:

- Llame a su **coordinador de la atención** al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.
- Llame a **Servicios para Afiliados** al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.
- Hable **con su médico u otro proveedor**. Su médico o algún otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- Llame al **Ómbudsman de MI Health Link** para obtener ayuda gratuita. El Ómbudsman de MI Health Link puede ayudarle con preguntas o problemas con MI Health Link o nuestro plan. El Ómbudsman de MI Health Link es un programa independiente y no está relacionado con este plan. El número telefónico es 1-888-746-6456.
- Llame al **Programa de Asistencia de Medicare de Michigan (MMA)** para obtener ayuda gratuita. MMA es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan. El teléfono es 1-800-803-7174.
- Habla con un **amigo o familiar** y pídele que actúe por usted. Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación. Su representante designado tendrá los mismos derechos que usted para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si usted desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, póngase en contacto con Servicios para Afiliados y solicite el formulario "Nombramiento de un representante".
 - También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en **CareSource.com/documents/h9712_mi-mmp-m-2359859-appointment-of-representative-form-cms-1696_508.pdf**. El formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Usted deberá darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de la asociación local u otro servicio de referencia. Si elige tener un abogado, debe pagar por esos servicios legales. Sin embargo, algunos grupos legales le proporcionarán servicios legales gratuitos si cumple con los requisitos. Si desea que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de un representante.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- Sin embargo, tenga en cuenta que no necesita un abogado para solicitar una decisión de cobertura ni para presentar una apelación.

D3. Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará

Existen cuatro tipos distintos de situaciones que tienen que ver con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene distintas reglas y plazos. Hemos dividido este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que necesita saber. **Solo es necesario que lea la sección que aplica a su problema:**

- **La sección E** le brinda información si tiene problemas para obtener atención médica (**no** medicamentos incluidos en la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - No está recibiendo atención médica ni otros apoyos y servicios que desea, y cree que nuestro plan cubre esta atención.
 - No aprobamos la atención médica que su médico desea brindarle y usted cree que esta atención debería estar cubierta y es médicamente necesaria.
 - **NOTA:** utilice solamente la **Sección E** para problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D. Los medicamentos que forman parte de la *Lista de medicamentos cubiertos*, también llamada *Lista de medicamentos*, con un "ADD" **no están** cubiertos por la Parte D. Consulte la **Sección F** para conocer las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D.
 - Haya recibido atención médica o servicios que crea que deberían estar cubiertos, pero que no estamos pagando.
 - Haya recibido y pagado por atención médica que pensó que cubríamos y quiere pedirnos que le devolvamos el dinero.
 - Se le haya indicado que la cobertura por atención que ha estado recibiendo se reducirá o suspenderá, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida se trata de atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted debe leer otra sección de este capítulo, ya que este tipo de atención tiene reglas especiales. Consulte las **Secciones G y H**.
 - Su solicitud para una decisión de cobertura se puede desestimar, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de cuando podemos desestimar su solicitud son: Si su solicitud está incompleta, si alguien hace una solicitud por usted pero no nos dio prueba de que usted lo haya autorizado para hacer la solicitud o si usted pide que la solicitud se retire. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué, y cómo solicitar una revisión de la desestimación. La revisión es un proceso formal llamado una apelación.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- La **Sección F** le brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - Desee hablar con nosotros para solicitar que hagamos una excepción y cubramos un medicamento de la Parte D que no forma parte de la *Lista de medicamentos*.
 - Desee solicitar que eximamos los límites a la cantidad del medicamento que puede obtener.
 - Desee solicitar que cubramos un medicamento que requiere una autorización previa (PA) o una aprobación.
 - No hayamos aprobado su solicitud o excepción y usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas consideren que deberíamos haberlo hecho.
 - Usted nos pide que paguemos un medicamento con receta que usted ya adquirió. (Esto es solicitarnos una decisión de cobertura acerca del pago).
- La **Sección G** le ofrece información sobre cómo solicitar que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si considera que su médico le ha dado el alta demasiado pronto. Use esta sección si:
 - Se encuentra en el hospital y cree que el médico le dio de alta muy pronto.
- La **Sección H** le proporciona información si considera que su atención médica en el hogar, la atención médica en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminan muy pronto.

Si no está seguro de qué sección usar, llame a su coordinador de la atención o a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Ómbudsman de MI Health Link al 1-888-746-6456.

E. Problemas con respecto a la atención médica

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección trata sobre lo que debe hacer si tiene problemas con sus beneficios de atención médica, como servicios médicos u otros apoyos y servicios. También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, que incluyen medicamentos Medicare Parte B. Los medicamentos en la *Lista de medicamentos* con un “ADD” **no** están cubiertos por la Parte D. Use la Sección F para apelaciones de medicamentos de la Parte D.

En esta sección le diremos lo que usted puede hacer si se encuentra en alguna de estas cinco situaciones:

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



1. Considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero que no recibe.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico desea prestarle y usted considera que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención médica. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Recibió servicios o artículos que considera que deberíamos cubrir, pero que no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó por atención médica que creía que estaba cubierta y desea que le reembolsemos los servicios o artículos.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos un reembolso. Consulte la **Sección E5** para obtener información sobre cómo solicitar un pago.

5. Nosotros redujimos o interrumpimos su cobertura de atención médica y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el servicio o artículo. Consulte la **Sección E3** para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención médica en el hogar, atención médica en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación de Paciente Ambulatorio (CORF), aplican reglas especiales. Lea las **Secciones G o H** para obtener más información.

E2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cómo solicitar una decisión de cobertura para recibir atención médica o apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)

Para solicitar una decisión de cobertura, llame, escriba, envíenos un fax o solicite a su representante autorizado o a su médico que solicite una decisión por nuestra parte.

- Puede llamarnos al: **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Puede escribirnos a: HAP CareSource
P.O. Box 1025
Dayton, OH 45401

- **NOTA:** si vive en el condado de Macomb, HAP CareSource MI Health Link tomará decisiones de cobertura para servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual o del desarrollo, y trastorno por abuso de sustancias. Comuníquese con su coordinador de la atención o Servicios para Afiliados para obtener más información.
- **NOTA:** si vive en el condado de Wayne, el PIHP tomará decisiones de cobertura para los servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por uso de sustancias. Comuníquese con Detroit Wayne Integrated Health Network al 1-800-241-4949 (TTY: 1-800-630-1044), las 24 horas al día, 7 días a la semana para obtener más información.

¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, toma hasta 14 días calendario después de que usted, su representante o su proveedor la soliciten, a menos que su solicitud sea para un medicamento con receta de Medicare Parte B. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de que hayamos recibido su solicitud. Si no emitimos la decisión dentro de los 14 días calendario (o 72 horas para medicamentos con receta de Medicare Parte B), puede apelar.

Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta en la que le diremos que necesitamos tomar hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura con mayor rapidez?

Sí. Si necesita una respuesta con mayor rapidez por su salud, pídanos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores (o dentro de las 24 horas para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta en la que le diremos que necesitamos tomar hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.

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

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Cómo solicitar una decisión de cobertura rápida:

- Si solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para solicitar la cobertura de la atención que desea.
- Llame al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)** o envíenos un fax al **1-937-396-3492**. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede decirle a su médico o a su representante autorizado que nos llame.

A continuación presentamos las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

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

1. Podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita cobertura para artículos y/o servicios médicos que aún no ha recibido**. (No podrá pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud es acerca del reembolso de un pago de artículos o servicios médicos que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare) podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar**.
 - Si su proveedor refiere que usted necesita una decisión de cobertura rápida, le concederemos una automáticamente.
 - Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el aval de su proveedor, decidiremos si puede recibir una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare).
 - En dicha carta le comunicaremos que, en caso de que su proveedor solicitara la decisión rápida, emitiremos automáticamente nuestra decisión de cobertura rápida.
 - En la carta también le informaremos que usted puede presentar una “reclamación rápida” acerca de nuestra decisión de darle una decisión estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluyendo las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección J**.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



¿Cómo sabré la respuesta del plan sobre mi decisión de cobertura?

Le enviaremos una carta para informarle si aprobamos o no la cobertura.

Si la decisión de cobertura es No, ¿cómo lo sabré?

Si la respuesta es **no**, le enviaremos una carta donde le indicamos los motivos para que la respuesta sea **negativa**.

- Si la respuesta es **No**, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos dicha decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa solicitarnos que revisemos nuestra decisión de negar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al proceso de Apelaciones internas (lea la siguiente sección para obtener más información).

E3. Apelación interna por atención médica

¿Qué es una apelación?

Una apelación es la manera formal de solicitarnos la revisión de una decisión de cobertura (denegación) o de cualquier medida adversa que hayamos tomado. Si usted o su proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar.

NOTA: si vive en el condado de Macomb, HAP CareSource MI Health Link maneja las apelaciones de servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual o del desarrollo, y trastorno por abuso de sustancias. Comuníquese con su coordinador de la atención o Servicios para Afiliados para obtener más información.

NOTA: si vive en el condado de Wayne, el PIHP maneja apelaciones por servicios y apoyos de salud conductual, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por uso de sustancias. Para obtener más información, comuníquese con la Autoridad de Salud Mental de Detroit Wayne al 1-800-241-4949 (TTY: 1-800-630-1044), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede llamar al Ómbudsman de MI Health Link al 1-888-746-6456. El programa del Ómbudsman de MI Health Link no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud.

¿Qué es una acción adversa?

Una acción adversa es una acción, o falta de acción, por parte de nuestro plan que usted puede apelar. Esto incluye:

- Denegamos o limitamos un servicio o artículo solicitado por su proveedor;
- Redujimos, suspendimos o finalizamos la cobertura que ya estaba aprobada;
- No pagamos por un servicio o artículo que usted cree que está cubierto;

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- No resolvimos su solicitud de autorización dentro de los plazos requeridos;
- No pudo obtener un servicio o artículo cubierto de un proveedor de nuestra red dentro de un período de tiempo razonable; o
- No actuamos dentro de los plazos para revisar una decisión de cobertura y comunicarle a usted una decisión.

¿Qué es una Apelación interna?

Una Apelación interna (también llamada Apelación de Nivel 1) es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para averiguar si es correcta. El revisor será una persona que no tomó la decisión de cobertura original. Cuando completemos la revisión, le informaremos nuestra decisión por escrito y le informaremos qué puede hacer a continuación si no está de acuerdo con la decisión.

Debe solicitar una Apelación interna antes de poder solicitar una Apelación externa conforme a la **Sección E4** a continuación.

Puede solicitar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

¿Cómo presento una Apelación interna?

- Para iniciar su apelación, usted, su representante autorizado, su médico u otro proveedor deberá contactarnos. O puede llamar al **1-888-654-0706**. Para obtener detalles adicionales sobre cómo comunicarse con nosotros para apelaciones, consulte el Capítulo 2.
- Puede solicitar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
 - Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:

HAP CareSource MI Health Link
P.O. Box 2578;
Dayton, OH 45401

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación interna

Usted, su médico o su representante pueden expresar su solicitud por escrito y enviarnosla por correo o fax. También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte **dentro de los siguientes 65 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar el plazo por una buena justificación, todavía puede apelar.
- Si apela porque le indicamos que un servicio que recibe cambiará o se terminará, tiene menos días para apelar si desea que el servicio continúe mientras se procesa la apelación.
- Siga leyendo esta sección para saber el plazo que corresponde a su apelación.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 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, otra persona que no sea su médico u otro proveedor puede presentar la apelación por usted. Primero, debe completar un formulario de Designación de un representante. El formulario autoriza a la otra persona a actuar en su nombre.

Si no recibimos este formulario, y alguien está actuando en su nombre, su solicitud se desestimarán. Si esto sucede, usted tiene el derecho de que otra persona revise nuestra desestimación. Le enviaremos un aviso por escrito explicándole su derecho a solicitar a la Organización Revisora Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

Para obtener un formulario de Designación de un representante, llame a Servicios para Afiliados y solicite uno, o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o visite nuestro sitio web en **CareSource.com/documents/h9712_mi-mmp-m-2359859-appointment-of-representative-form-cms-1696_508.pdf**.

Debemos completar el formulario de Designación de un representante antes de que podamos revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una Apelación interna?

Deberá solicitar una Apelación interna **dentro de los 65 días calendario** posteriores a la fecha que figura en la carta donde le comunicamos nuestra decisión.

Si deja pasar esta fecha límite debido a una razón válida, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una razón válida son: tuvo una enfermedad grave, o le dimos la información errónea sobre el plazo para solicitar la apelación. Debe explicar el motivo por el que presenta tarde su apelación cuando la presente.

NOTA: si apela porque le indicamos que un servicio que recibe cambiará o se terminará, **tiene menos días para apelar** si desea que el servicio continúe mientras se procesa la apelación. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones internas?” para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia de mi expediente?

Sí. Pídanos una copia gratuita en Servicios para Afiliados, al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



¿Puede mi proveedor brindarles más información acerca de mi apelación?

Sí. Usted y su proveedor pueden proporcionarnos información adicional que respalde su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión de apelación?

Analizamos cuidadosamente toda la información acerca de su solicitud de cobertura médica. Luego, revisamos si seguimos todas las reglas cuando le respondemos que **No** a su solicitud. El revisor será una persona que no tomó la decisión de cobertura original.

Si necesitamos más información, podemos solicitársela a usted o a su médico.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión sobre la apelación “estándar”?

Debemos dar una respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores para un medicamento con receta de Medicare Parte B). Le informaremos nuestra decisión con la mayor prontitud si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si usted o su proveedor piden más tiempo, o si necesitamos recolectar más información, podremos tomar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos días adicionales tomar la decisión, le enviaremos una carta donde expliquemos el motivo. No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si su apelación es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si usted cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” acerca de nuestra decisión de tomar días adicionales. Si usted presenta una reclamación rápida, nosotros daremos una respuesta a su reclamación dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluyendo las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección J**.
- Si no le damos una respuesta a la apelación dentro de los 30 días calendario (o 7 días calendario posteriores a la recepción de una apelación para medicamentos con receta de Medicare Parte B) o cuando terminen los días adicionales (si los usamos), enviaremos automáticamente su caso para una Apelación externa si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Michigan, puede presentar una Apelación externa usted mismo. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación externa, consulte la **Sección E4**.

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o la totalidad de su solicitud, debemos aprobar el servicio dentro de 30 días calendario posteriores a la fecha en que se recibió la apelación (o dentro de los 7 días posteriores a la fecha en que se recibió la apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare).

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Si nuestra respuesta es No para una 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, la carta le informará que enviamos automáticamente su caso a la Entidad de Revisión Independiente para una Apelación externa. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Michigan, la carta le indicará cómo presentar una Apelación externa usted mismo. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación externa, consulte la **Sección E4**.

¿Cuándo tendré noticias acerca de una decisión de apelación “rápida”?

Si califica para una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas. Le daremos nuestra respuesta con mayor prontitud si su salud así lo requiere.

- Sin embargo, si usted o su proveedor piden más tiempo, o si necesitamos recolectar más información, podremos tomar hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos que necesitamos días adicionales tomar la decisión, le enviaremos una carta donde expliquemos el motivo. No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si usted cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida” acerca de nuestra decisión de tomar días adicionales. Si usted presenta una reclamación rápida, nosotros daremos una respuesta a su reclamación dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluyendo las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección J**.
- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de las 72 horas o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso para una Apelación externa si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Michigan, puede presentar una Apelación externa usted mismo. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación externa, consulte la **Sección E4**.

Si nuestra respuesta es Sí para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos aprobar la cobertura dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.

Si nuestra respuesta es No para una 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, la carta le indicará que enviamos su caso a la Entidad Revisora Independiente para una Apelación e. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid de Michigan, la carta le indicará cómo presentar una Apelación externa usted mismo. Para obtener más información acerca del proceso de Apelación externa, consulte la **Sección E4**.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones internas?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue previamente aprobado, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta. Si presenta su Apelación interna dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de nuestro aviso o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la acción, continuaremos recibiendo sus beneficios durante el servicio mientras la Apelación interna esté pendiente.

Si está apelando para obtener un nuevo servicio de nuestro plan, entonces no recibirá ese servicio a menos que su apelación haya finalizado y la decisión sea que el servicio está cubierto.

E4. Apelación externa para atención médica (no medicamentos de la Parte D)

Si el plan dice No a la Apelación interna, ¿qué sucede después?

Debe solicitar una Apelación interna y obtener una decisión de nuestra parte antes de que pueda solicitar una Apelación externa.

Si respondemos que No para una parte o la totalidad de la Apelación interna, le enviaremos un aviso de denegación de la apelación. Este aviso se denomina Aviso de decisión sobre la apelación. Esta carta le dirá si el servicio o equipo normalmente está cubierto principalmente por Medicare o Medicaid de Michigan

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicare, enviaremos automáticamente una apelación externa ante la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE) tan pronto como se complete la Apelación interna.
- Si su problema está relacionado con un servicio o equipo de Medicaid de Michigan, puede presentar una apelación externa usted mismo ante la Oficina de Audiencias y Reglas Administrativas de Michigan (Michigan Office of Administrative Hearings and Rules, MOAHR) y/o una solicitud de Revisión externa ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (Department of Insurance and Financial Services, DIFS). El Aviso de decisión sobre la apelación le indicará cómo hacerlo. La información también lo es.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar principalmente cubierto por Medicare y Medicaid de Michigan, obtendrá automáticamente una Apelación externa ante la IRE. También puede solicitar una apelación externa ante la MOAHR y/o una Revisión externa ante el DIFS.

¿Qué es una Apelación externa?

Una Apelación externa (también llamada Apelación de Nivel 2) es la segunda apelación, que es realizada por una organización independiente que no está relacionada con el plan. La Organización de Apelación Externa de Medicare se denomina Entidad de Revisión Independiente (IRE). La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Medicare supervisa su labor. Puede tener un representante autorizado, o un representante legal si usted falleció, ser parte del proceso de apelación interna y de la audiencia estatal imparcial. HAP CareSource MI Health Link también formará parte de la audiencia estatal imparcial.

La Apelación externa de Medicaid de Michigan es una audiencia imparcial a través de la Oficina de Audiencias y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR). También tiene derecho a solicitar una Revisión externa de las denegaciones de servicios de Medicaid de Michigan a través del Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS).

Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicaid de Michigan.

¿Cómo puedo presentar una Apelación externa?

Existen dos maneras de presentar una Apelación externa por los servicios y artículos de Medicaid de Michigan: (1) Audiencia imparcial y/o (2) Revisión externa.

1. Audiencia imparcial

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial a la Oficina de Audiencias y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR). Una audiencia imparcial es una revisión imparcial de una decisión tomada por nuestro plan. Usted puede solicitar una audiencia Imparcial después de la Apelación interna con nuestro plan. Además, si no recibe un aviso sobre su apelación, o una decisión sobre su apelación dentro del plazo que el plan tiene para responder a su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid de Michigan.

Para solicitar una audiencia imparcial, deberá hacerlo en un **plazo de 120 días** a partir de la fecha del Aviso de decisión sobre la apelación.

NOTA: si solicita una audiencia imparcial porque le indicamos que un servicio que recibe cambiará o se terminará, **tiene menos días para presentar la solicitud** si desea que el servicio continúe recibiendo ese servicio mientras la audiencia imparcial esté pendiente. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones externas?” para obtener más información.

Para solicitar una audiencia imparcial a la MOAHR, debe completar un formulario de solicitud de audiencia. Le enviaremos un formulario de solicitud de audiencia con el Aviso de decisión sobre la apelación. También puede obtener el formulario llamando a la Línea de Ayuda al Beneficiario de Medicaid de Michigan al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio telefónico por Internet, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Complete el formulario y envíelo a:

Michigan Office of Administrative Hearings and Rules (MOAHR)
PO Box 30763
Lansing, MI 48909
Fax al: 517-763-0146

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.



También puede comenzar la audiencia imparcial llamando al 800-648-3397. Puede solicitar una audiencia imparcial expedita (rápida) llamando a ese número o escribiendo a la dirección o enviando un fax al número indicado anteriormente.

Después de que la MOAHR reciba su solicitud de audiencia imparcial, usted recibirá una carta informándole la fecha, hora y lugar de su audiencia. Por lo general, las audiencias se llevan a cabo por teléfono, pero usted puede solicitar que su audiencia se lleve a cabo en persona.

La MOAHR deberá proporcionarle una respuesta por escrito en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha de recepción de la solicitud de audiencia imparcial. Si usted califica para una audiencia imparcial expedita, la MOAHR deberá proporcionarle una respuesta dentro de 72 horas. Sin embargo, si la MOAHR necesita recopilar más información que pueda ayudarle, puede tomar hasta 14 días calendario más.

Después de recibir la decisión final de la MOAHR, tiene 30 días calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una solicitud de reconsideración/reconsideración y/o presentar una apelación ante el Tribunal de Circuito.

2. Revisión externa

También tiene derecho a solicitar una Revisión externa a través del Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS). Debe completar nuestro proceso de Apelaciones internas antes de poder solicitar este tipo de Apelación externa.

Su solicitud de revisión externa debe enviarse dentro de **un plazo de 127 días** calendario posteriores a la recepción de nuestra decisión de Apelación interna.

NOTA: si usted calificó para la continuidad de beneficios durante la Apelación interna y solicita una Revisión externa dentro de los **10 días calendario** siguientes a la fecha de la decisión de la Apelación interna, puede continuar recibiendo el servicio en disputa durante la revisión. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las Apelaciones externas?” para obtener más información.

Para solicitar una Revisión externa del DIFS, debe completar el formulario de solicitud de Revisión externa de Atención Médica. Le enviaremos este formulario junto con nuestro Aviso de decisión sobre la apelación. También puede obtener una copia del formulario llamando a DIFS al 517-284-8800. Complete el formulario y envíelo con toda la documentación acreditativa a:

DIFS
Office of Research, Rules, and Appeals – Appeals Section
PO Box 30220
Lansing, MI 48909-7720
Fax al: 517-284-8837

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Correo electrónico: DIFS-HealthAppeal@Michigan.gov

Línea directa de atención al consumidor del DIFS: 1-877-999-6442

Si su solicitud no involucra la revisión de registros médicos, la Revisión externa será realizada por el Director del DIFS. Si su solicitud involucra cuestiones de necesidad médica o criterios de revisión clínica, se enviará a una Organización de Revisión Independiente (IRO) separada.

Si la revisión es realizada por el director y no requiere revisión por parte de una IRO, el director emitirá una decisión dentro de los 14 días calendario posteriores a la aceptación de su solicitud. Si la revisión se remite a una IRO, la IRO dará su recomendación al DIFS dentro de los 14 días calendario posteriores a la asignación de la revisión. Luego, el Director emitirá una decisión dentro de los 7 días hábiles posteriores a la recepción de la recomendación de la IRO.

Si el plazo estándar para la revisión pone en peligro su vida o su salud, es posible que pueda calificar para una revisión expedita (rápida). Una revisión expedita se completa dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud. Para cumplir con los requisitos para una revisión expedita, debe pedirle a su médico que verifique que el plazo para una revisión estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

Si no está de acuerdo con la decisión de la Revisión externa, tiene derecho a apelar ante el Tribunal de Circuito del condado donde vive o ante el Tribunal de Reclamaciones de Michigan dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de la decisión.

Mi problema está relacionado con un servicio o artículo de Medicaid. ¿Qué sucederá en la Apelación externa?

Una Entidad de Revisión Independiente (IRE) revisará cuidadosamente la decisión de la Apelación Interna y decidirá si debe modificarse.

- No necesita solicitar la Apelación externa. Enviaremos los rechazos (totales o parciales) a la IRE de forma automática. Se le notificará cuando esto suceda.
- La IRE está contratada por Medicare y no tiene relación con este plan.
- Puede solicitar una copia de su archivo en Servicios para Afiliados, al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

La IRE debe darle una respuesta a su Apelación externa dentro de los 30 días calendario de cuando recibe su apelación (o dentro de los 7 días calendario de cuando recibe su apelación para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare). Esta regla aplica si usted envió su apelación antes de obtener equipos o servicios médicos.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.



- Sin embargo, si la IRE necesita obtener más información que pueda beneficiarle, puede tardar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará a usted por carta. La IRE no puede tomar tiempo adicional para emitir una decisión si su apelación es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.

Si usted tuvo una “apelación rápida” en la Apelación interna, automáticamente tendrá una apelación rápida en la Apelación externa. La IRE deberá darle respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita obtener más información que pueda beneficiarle, puede tardar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo indicará a usted por carta. La IRE no puede tomar tiempo adicional para emitir una decisión si su apelación es por un medicamento con receta de Medicare Parte B.

¿Qué sucede si el servicio o artículo está cubierto por Medicare y Medicaid de Michigan?

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Michigan, enviaremos automáticamente su Apelación externa a la Entidad de Revisión Independiente. También puede presentar una apelación externa a la Oficina de Audiencias y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR) y/o una revisión externa al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS). Siga las instrucciones.

¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones externas?

Si ya hemos aprobado la cobertura de un servicio, pero luego decidimos cambiar o interrumpir el servicio antes de que finalice el período de autorización, puede continuar recibiendo sus beneficios durante las Apelaciones externas en algunos casos.

- Si el servicio está cubierto por Medicare y usted calificó para la continuidad de beneficios durante la Apelación interna, sus beneficios por ese servicio continuarán automáticamente durante el proceso de Apelación externa ante la Entidad de Revisión Independiente (IRE).
- Si el servicio está cubierto por Medicaid de Michigan, sus beneficios continuarán si reúne los requisitos para la continuidad de los beneficios durante su Apelación interna y solicita una audiencia imparcial de la MOAHR o una Revisión externa del DIFS dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del Aviso de decisión sobre la apelación.
- Si el servicio pudiera ser cubierto tanto por Medicare como por Medicaid de Michigan y usted calificó para la continuidad de beneficios durante la Apelación interna, sus beneficios para ese servicio continuarán automáticamente durante la revisión de la

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.HAPCareSource.com).



IRE. También puede calificar para la continuidad de los beneficios durante la revisión de la MOAHR y/o el DIFS si presenta su solicitud dentro de los plazos indicados anteriormente.

Si se mantienen sus beneficios, puede seguir recibiendo el servicio hasta que ocurran una de las siguientes situaciones: (1) usted retira la apelación; o (2) todas las entidades que recibieron su apelación (la IRE, MOAHR y/o DIFS) deciden "no" a su solicitud. Si alguna de las entidades decide "sí" a su solicitud, sus servicios continuarán.

¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su Apelación externa fue a la Oficina de Audiencias y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR) para una audiencia imparcial, MOAHR le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la MOAHR responde que **Sí** para una parte o a la totalidad de lo que usted solicitó, debemos aprobar el servicio para usted tan pronto como su estado lo requiera, pero a más tardar 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de MOAHR.
- Si la MOAHR responde **No** para una parte o a la totalidad de su solicitud, significa que están de acuerdo con la decisión de la Apelación interna. Esto se denomina ratificar la decisión o rechazar la apelación.

Si su Apelación externa fue dirigida al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una Revisión externa, el DIFS le enviará una carta explicando la decisión del director.

- Si el DIFS responde que **Sí** para una parte o a todo lo que usted solicitó, debemos aprobar el servicio para usted tan pronto como su condición lo requiera.
- Si el DIFS responde **No** para una parte o a la totalidad de su solicitud, significa que están de acuerdo con la decisión de la Apelación Interna. Esto se denomina ratificar la decisión o rechazar la apelación.

Si su Apelación externa fue dirigida a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), esta le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la respuesta a la solicitud es **Sí** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos autorizar la cobertura tan pronto como su condición lo requiera, pero no más tarde de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- Si la IRE responde **Sí** para una parte o a la totalidad de su solicitud en la apelación estándar para un medicamento con receta de Medicare Parte B, debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de Medicare Parte B dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida,

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de Medicare Parte B dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la decisión de la IRE.

- Si la IRE responde **No** para una parte o a la totalidad de su solicitud, significa que están de acuerdo con la decisión de la Apelación interna. Esto se denomina “ratificar la decisión”. También se le llama “rechazar la apelación”.

¿Qué sucede si tengo diferentes tipos de apelaciones externas y tienen decisiones diferentes?

Si alguna de las organizaciones de apelación externa (MOAHR, DIFS y/o IRE) **decide que** sí para la totalidad o parte de lo que usted solicitó, le proporcionaremos el servicio aprobado o el artículo que más se acerque a lo que solicitó en su apelación.

Si la decisión es No para la totalidad o una parte de lo que yo solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si su apelación externa fue a la Oficina de Audiencias y Reglas Administrativas de Michigan (MOAHR) para una audiencia imparcial, puede apelar la decisión en un plazo de 30 días ante el Tribunal de Circuito. También puede solicitar una nueva audiencia o reconsideración ante la MOAHR en un plazo de 30 días.

Si su Apelación externa fue ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una Revisión externa, puede apelar ante el Tribunal de Circuito del condado donde vive o ante el Tribunal de Reclamaciones de Michigan dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de la decisión.

Si su Apelación externa fue a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un monto mínimo determinado.

La carta que reciba de la MOAHR, DIFS o IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección I** para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

NOTA: sus beneficios por el servicio en disputa no continuarán durante los niveles adicionales de apelación.

E5. Inconvenientes con el pago

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen por los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si el pago que le brindamos al proveedor es menor al que este aplica para un servicio o artículo cubierto. Nunca se le exige pagar el resumen de una factura. El único monto que se le debe pedir que pague es cualquier monto de pago al paciente (PPA) requerido para la atención en un hogar de ancianos.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Si recibe una factura por los servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.

Para obtener más información, consulte primero el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que usted podría necesitar solicitar un reembolso o pagar la factura de un proveedor. También le decimos cómo hacernos llegar los documentos para solicitarnos un pago.

¿Puedo solicitar un reembolso por un servicio o artículo que pagué?

Recuerde, si recibe una factura por los servicios y artículos cubiertos, no debe pagarla. Sin embargo, si la paga, puede recibir un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Evaluaremos si el servicio o el artículo que pagó es uno cubierto y verificaremos que haya seguido todas las reglas para el uso de su cobertura.

- Si el servicio o el artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o artículo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si todavía no pagó el servicio o el artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviemos el pago, es lo mismo que responder **Sí** a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no están cubiertos o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta donde se le informará que no pagaremos el servicio o artículo y los motivos correspondientes.

¿Qué sucede si respondemos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con la decisión, **puede apelar**. Siga el proceso de apelación que se describe en la **Sección E3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos responder dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que se recibe la apelación.
- Si solicita un reembolso por un servicio o artículo que ya pagó y obtuvo, no podrá solicitar una apelación rápida.

Si respondemos **No** a la apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicare, enviaremos su caso de forma automática a la Entidad Revisora Independiente (IRE). Si esto sucede, le notificaremos por carta.

- Si la IRE revierte nuestra decisión e indica que debemos hacer el pago, debemos enviar el pago al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después de la revisión por parte del IRE, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó dentro de los 60 días calendario.

- Si la IRE responde **No** su apelación significa que coincide con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “ratificar la decisión”. También se denomina “rechazo de la apelación”). La carta que reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que podría tener. Sólo podrá recurrir de nuevo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un determinado importe mínimo. Consulte la **Sección I** en la página para obtener más información sobre los niveles de apelación adicionales.

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo suele estar cubierto por Medicaid de Michigan, puede solicitar una audiencia imparcial a la Oficina de Audiencias y Reglamentos Administrativos de Michigan (MOAHR) o una revisión externa al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (consulte la **Sección E4**).

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago

Sus beneficios como afiliado a nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son “Medicamentos de la Parte D”. Existen algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre, pero que Medicaid de Michigan podría cubrir. **Esta sección corresponde solo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La *Lista de medicamentos* incluye algunos con un “ADD”. Estos medicamentos que **no** son de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos con un símbolo “ADD” siguen el proceso de la **Sección E**.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitar con respecto a los medicamentos de la Parte D:

- Usted solicita que hagamos una excepción como por ejemplo:
 - Solicitar cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos* del plan
 - Pedirnos que omitamos una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como el límite de la cantidad que usted puede obtener)

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- Desea saber si un medicamento tiene cobertura para usted (por ejemplo, cuando el medicamento se encuentra en la *Lista de medicamentos* del plan, pero le exigimos que obtenga aprobación de nuestra parte antes de brindarle la cobertura).

NOTA: Si la farmacia le indica que no puede surtir su receta, recibirá un aviso donde se le explicará cómo puede contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

- Usted nos pide que paguemos un medicamento con receta que usted ya adquirió. Esto equivale a solicitarnos una decisión de cobertura acerca del pago.

El término legal para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura **y** cómo apelar.

La siguiente tabla le ayudará a decidir cuál sección contiene información que se aplica a su situación:

¿Cuál de estas situaciones es la suya?			
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> o necesita que omitamos una regla o restricción para un medicamento cubierto?	¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y considera que este medicamento cumple con las reglas o restricciones del plan (como contar con la aprobación previa) para obtenerlo?	¿Desea solicitar un reembolso por un medicamento que ya obtuvo y pagó?	¿Ya le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted desea?
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede solicitar una decisión de cobertura.	Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pedirá que reconsideremos nuestra decisión).
Comience con la Sección F2. Consulte también las Secciones F3 y F4.	Avance a la Section F4.	Avance a la Section F4.	Avance a la Section F5.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



F2. ¿Qué es una excepción?

Una excepción es un permiso para obtener la cobertura de un medicamento que no suele estar en nuestra *Lista de medicamentos* cubiertos, o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en la *Lista de medicamentos* o no tiene la cobertura que a usted le gustaría, puede pedirnos una “excepción”.

Al solicitar una excepción, su médico u otra persona que prescriba recetas deberán explicar las razones médicas por las que necesita una excepción.

A continuación, incluimos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas pueden solicitar que:

1. Cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos*.
 - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está incluido en la *Lista de medicamentos*, no se le cobrará.
2. Quitar una restricción sobre nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).
 - Las reglas y restricciones adicionales que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos incluyen:
 - Verse obligado a usar la versión genérica de un medicamento, en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (A esto a veces se le denomina “PA”).
 - Verse obligado a probar un medicamento diferente primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (En ocasiones, esto se denomina “terapia escalonada”).
 - Límites de cantidad. Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede recibir.

El término legal para solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento, en ocasiones, se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



F3. Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones

Su médico u otra persona que prescriba sus recetas deberán indicarnos las razones clínicas.

Su médico u otra persona que prescriba recetas deberán proporcionarnos una declaración en la que se indiquen las razones clínicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médica u otra persona que prescriba recetas cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección médica específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo puede ser tan eficaz como el medicamento que solicita y no ocasiona mayores efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, no aprobaremos su solicitud de excepción.

Responderemos que Sí o que No a su solicitud de excepción

- Si respondemos que **Sí** a su solicitud de excepción, por lo general la excepción tiene una duración hasta el final del año calendario. Esto continuará de este modo, en tanto su médico siga recetándole el medicamento y éste continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación para que nuestra decisión sea revisada. En la **Sección F5** le explicamos cómo presentar una apelación si respondemos que **No**.

La siguiente sección explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



F4. ¿Cómo solicitar 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

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llame, escriba o envíenos un fax para hacer la solicitud. Tanto usted como su representante, su médico (u otra persona que emita recetas) pueden hacerlo. También puede llamarnos al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otra persona que prescriba recetas) o alguna otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en su nombre.
- Consulte la **Sección D** para saber cómo autorizar a otra persona para que actúe como su representante.
- No necesita darle permiso por escrito a su médico u otra persona que prescriba sus recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si usted desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las que usted puede necesitar un reembolso. También le explicamos cómo enviarnos los documentos en los que se nos solicita el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.
- Si desea solicitar una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico u otra persona que prescriba recetas deberá darnos las razones médicas para la excepción del medicamento que usted solicita. A esto lo denominamos “declaración de respaldo”.

Guía rápida: Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o pago

Llame, escriba o envíenos un fax para realizar la solicitud, o pídale a su representante, doctor u otra persona que prescriba recetas que lo haga. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las siguientes 72 horas. Le daremos una respuesta acerca de reembolsarle por un medicamento de la Parte D que ya pagó dentro de los 14 días calendarios.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo del médico u otra persona que prescriba sus recetas.
- Usted o su doctor, u otra persona que prescriba recetas puede solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas por lo general se producen dentro de las siguientes 24 horas.)
- Consulte esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Su médico u otra persona que emita recetas pueden enviarnos la declaración por correo o por fax. O su médico u otra persona que prescriba recetas pueden darnos la indicación por teléfono y luego enviar una declaración por fax o por correo.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “decisión de cobertura rápida”

Utilizaremos los “plazos estándar”, a menos que hayamos acordado utilizar los “plazos rápidos”.

- **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas**, después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas**, después de haber recibido la declaración de su médico.

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

Solo puede obtener una decisión de cobertura rápida si solicita un medicamento que aún no haya recibido. (No podrá obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró).

Podrá obtener una decisión rápida **únicamente si los plazos estándar pudieran provocar daños graves a su salud o afectar de manera negativa su capacidad de funcionamiento.**

Si su médico u otra persona que prescriba sus recetas nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión rápida y se lo informaremos mediante una carta.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otra persona que prescriba sus recetas), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
- Si determinamos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos en su lugar los plazos estándar.
 - También le enviaremos una carta para avisarle esto. La carta le indicará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar.
 - Puede presentar una “reclamación rápida” y obtener una respuesta dentro de las siguientes 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamaciones, incluyendo las reclamaciones rápidas, consulte la **Sección J**.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.HAPCareSource.com).



Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, deberemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 24 horas. Esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. O, si usted solicita una excepción, esto significa 24 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona que receta avalando su solicitud. Le informaremos nuestra decisión con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará la solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí**, para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, debemos aprobar la cobertura dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico o de la persona que prescriba recetas avalando su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta donde se le explicará el motivo de nuestra **negativa**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” acerca de un medicamento que aún no haya recibido

- Si usamos los plazos estándar, deberemos darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud. O, si usted solicita una excepción, esto significa 72 horas después de recibir la declaración de su médico o de la persona que receta. Le informaremos nuestra decisión con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará la solicitud.
- **Si nuestra respuesta es sí** de forma parcial o total a su solicitud, debemos aprobar o brindar la cobertura dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de respaldo de su médico o de la persona que prescriba recetas, en caso de que solicite una excepción.
- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta donde se explique el motivo del **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para las “decisiones de cobertura estándar” acerca del pago de medicamentos que usted ya adquirió

- Deberemos darle nuestra respuesta dentro de 14 días calendario luego de recibir su solicitud.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará la solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, le pagaremos a la farmacia dentro de los 14 días calendario.
- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta donde se explique el motivo del **No**. La carta también le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar un proceso de apelación, usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas o su representante deberá comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentarla enviando la solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-833-230-2159**.
- Si desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Presente su solicitud de apelación **en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión. Si deja pasar esta fecha límite debido a una razón válida, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, algunos motivos válidos para dejar pasar el plazo serían una enfermedad grave que impidió que nos contacte o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar la apelación.
- Tiene derecho de solicitar una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o una persona que prescriba recetas, o su representante pueden expresar su solicitud por escrito y enviarnosla por correo o fax. También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Pregunte **dentro de los siguientes 65 días calendario** a partir de la decisión que usted está apelando. Si deja pasar el plazo por una buena justificación, todavía puede apelar.
- Usted, su médico, una persona que prescriba recetas o su representante puede llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- Consulte esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



El término legal para una apelación al plan por una decisión de cobertura para medicamentos de la Parte D es **“redetermination”** del plan.

Si lo desea, usted y su médico, u otra persona que expida recetas, pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que prescriba recetas deberán decidir si requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los necesarios para una “decisión de cobertura rápida”, mencionados en la **Sección F4**.

El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”**.

Nuestro plan revisará su apelación y le comunicará nuestra decisión

- Volvemos a analizar toda la información acerca de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las reglas cuando respondimos que **No** a su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico, u otra persona que expida recetas, para obtener más información. El revisor será una persona que no tomó la decisión de cobertura original.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si aplicamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará la solicitud.
- **Si nuestra respuesta es sí** de forma parcial o total a su solicitud, debemos aprobar la cobertura dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta para explicarle por qué respondimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si usamos los plazos estándar, debemos responder dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de la apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



solicita un reembolso por un medicamento que ya compró. Si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos responder dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la apelación. Si cree que su salud así lo requiere, deberá solicitar una “apelación rápida”.

- Si no emitimos una decisión dentro de los 7 días calendario o 14 días calendario si nos solicitó un reembolso para un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de Revisión Independiente evaluará la solicitud.
- **Si la respuesta es sí** de forma parcial o total a su solicitud:
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero a más tardar 7 días calendario después de haber recibido su apelación_o 14 días calendario si nos solicitó un reembolso por un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud para reembolsarle el costo de un medicamento que usted ya adquirió, estamos obligados a enviarle el pago dentro de 30 días calendario luego de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta No** para una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta para explicarle por qué respondimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si respondemos **No** a una parte o a la totalidad de la apelación, puede decidir si acepta la decisión o si vuelve a apelar. Si decide avanzar a una Apelación de Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) evaluará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito. La carta que le enviemos acerca de nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1 le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación ante la IRE, les enviaremos su expediente. Tiene derecho de pedirnos una copia de su archivo si llama a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.
- Tiene derecho de brindarle más información a la IRE con el objetivo de respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta entidad no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán con atención toda la información relacionada con la apelación. La organización le enviará una carta en la que explique su decisión.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de Revisión Independiente evalúe su caso, su solicitud de apelación debe hacerse por escrito.

- Pregunte **dentro de los siguientes 60 días calendario** a partir de la decisión que está apelando. Si deja pasar el plazo por una buena justificación, todavía puede apelar.
- Usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas, o su representante, pueden solicitar la apelación de Nivel 2.
- Consulte esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida. Léalo también para encontrar información acerca de los plazos de la decisión.

El término legal para referirse a una apelación ante la IRE sobre un medicamento de la Parte D es **“reconsideración”**.

Plazos para las “apelaciones rápidas” de Nivel 2

- Solicite una “apelación rápida” a la Entidad de Revisión Independiente (IRE), si su salud así lo requiere.
- Si la IRE acepta otorgarle una “apelación rápida”, deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- Si la IRE responde **sí** de forma parcial o total a su solicitud, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento dentro de las 24 horas después de habernos comunicado la decisión.

Plazos para una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de Revisión Independiente (IRE) deberá darle una respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a la fecha en que se recibió su apelación, o 14 días calendario en caso de que haya solicitado un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Si la IRE responde **sí** de forma parcial o total a su solicitud, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento dentro de las 72 horas después de habernos comunicado la decisión.
- Si la IRE aprueba una solicitud de cubrir un medicamento que ya pagó, abonaremos a la farmacia dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

¿Qué sucede si la Entidad de Revisión Independiente responde que no a su Apelación de Nivel 2?

Un **No** significa que la Entidad de Revisión Independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “ratificar la decisión”. También se le llama “rechazar la apelación”.

Si desea avanzar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicita deben alcanzar un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá hacer más apelaciones. Si el valor en dólares es suficiente, puede solicitar una Apelación de Nivel 3. La carta que recibirá de la IRE le indicará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

G. Cómo solicitar que cubramos una estadía prolongada en el hospital

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su estadía hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que se le dará de alta. También le ayudarán a hacer los arreglos para la atención que usted pueda necesitar luego de ser dado de alta.

- El día en que usted deja el hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si cree que se le ha pedido que abandone el hospital demasiado pronto, usted puede pedir una internación más prolongada y su solicitud será tomada en consideración. En esta sección le explicamos cómo hacerlo.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



G1. Conozca sus derechos de Medicare

En los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, un asistente social o una enfermera le entregará un aviso llamado "Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Si no recibe el aviso, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso con atención y haga preguntas si no lo entiende. El "Mensaje importante" le indica sus derechos como paciente del hospital, lo cual incluye sus derechos a:

- Recibir servicios cubiertos por Medicare durante la internación y después de ella. Tiene derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Participar en las decisiones sobre el tiempo de permanencia en el hospital.
- Saber dónde puede comunicar sus inquietudes acerca de la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare como acuse de su recibo y demostrar que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que acepta la fecha de alta que el médico o el personal del hospital podrían haberle indicado.

Guarde una copia firmada de este aviso para conservar la información de ésta, en caso de que la necesite.

- Para ver una copia de este aviso con antelación, llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede acceder al aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados o a Medicare a los números antes mencionados.

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria

Si usted desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad hará la revisión de la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha planificada de alta es apropiada para usted desde el punto de vista médico.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



En Michigan, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Para presentar una apelación a fin de cambiar la fecha de alta, llame a Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

¡Llame de inmediato!

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de marcharse del hospital y, a más tardar, en su fecha de alta planificada. "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos" contiene información acerca de cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- **Si llama antes de abandonar el hospital**, podrá permanecer en él después de su fecha de alta programada sin necesidad de pagar por la estadía mientras espera la decisión sobre su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- **Si no llama para apelar**, y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, es posible que deba pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta hospitalaria

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado al 1-888-524-9900 solicite una "revisión rápida".

Llame antes de que le den de alta y antes de la fecha de alta programada.

Queremos asegurarnos de que comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si lo necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. También puede llamar al Programa de Asistencia de Medicare de Michigan (MMA) al 1-800-803-7174. También puede obtener ayuda del Ómbudsman de MI Health Link llamando al 1-888-746-6456.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización recibe pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

Solicite una "revisión rápida"

Usted debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una "**revisión rápida**" de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que usted está solicitando a la organización que aplique los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

¿Qué sucede durante esta revisión rápida?

- Los revisores en la Organización de Mejoramiento de la Calidad pueden preguntarle a usted o a su representante, por qué considera que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta programada. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores examinarán su expediente médico, conversarán con su médico y evaluarán toda la información relacionada con su permanencia en el hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá una carta que le proporcionará su fecha de alta programada. La carta explica las razones por las cuales su doctor, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted sea dado de alta en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito se llama “**Notificación detallada de alta médica**”. Puede obtener una copia llamando a Servicios para Afiliados **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede acceder al aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad da un **Sí** como respuesta a su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios por el tiempo que estos sean médicamente necesarios.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responde **No** su apelación, significa que ellos consideran que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto ocurre, nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía de la fecha posterior al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le indique la respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responde **No** y decide permanecer en el hospital, podría tener que pagar por continuar en el hospital. El costo de la atención que podría tener que pagar comienza en el mediodía en que responde la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación y usted decide permanecer en el hospital luego de su fecha de alta programada, entonces podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces podrá hacer una Apelación de Nivel 2. Deberá comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario después del día** en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad contestó que **No** a su Apelación de Nivel 1. Usted podrá solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

En Michigan, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

- Los evaluadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- En un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud para una segunda revisión, los evaluadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta hospitalaria

Llame a la Organización para el Mejoramiento de su estado al 1-888-524-9900 y solicite otra revisión.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Debemos reembolsarle por nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha de su primera decisión de apelación. Deberemos continuar proporcionándole cobertura para su atención hospitalaria como paciente internado mientras sea necesaria desde el punto de vista médico.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos y es posible que correspondan límites de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

Significa que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de apelación.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegara su Apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total del tiempo que haya permanecido en el hospital posterior a su fecha de alta programada.

H. Qué debe hacer si cree que la cobertura de su atención médica en el hogar, la atención médica en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto

Esta sección solo corresponde a los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- La atención para la rehabilitación que usted reciba como paciente ambulatorio en un Centro Integral de Rehabilitación de Paciente Ambulatorio (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted está siendo tratado por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.
 - Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo antes de la finalización de sus servicios. Cuando finalice su cobertura para dicha atención médica, ya no pagaremos su atención.

Si usted cree que es demasiado pronto para que finalicemos la cobertura de su atención, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección le indicamos cómo solicitar una apelación.

H1. Le informaremos con anticipación cuando la cobertura llegue a su fin

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención. Este se denomina “Aviso de falta de cobertura de Medicare”. El aviso escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso escrito para demostrar que la recibió. Firmarlo **no** significa que usted está de acuerdo con el plan en que es el momento para dejar de recibir la atención.

Cuando su cobertura para dicha atención finalice, dejaremos de pagar su atención.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con la atención médica

Si usted cree que es demasiado pronto para que finalicemos la cobertura de su atención, puede apelar nuestra decisión. En esta sección le indicamos cómo solicitar una apelación.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Antes de comenzar la apelación, debe comprender lo que necesitará hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos que se aplican a las cosas que usted debe hacer. También hay plazos que el plan debe seguir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una reclamación. En la **Sección J** se explica cómo presentar una reclamación).
- **Pida ayuda si lo necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. O llame al Programa de Asistencia de Medicare de Michigan (MMAP) al 1-800-803-7174.

Durante la Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evaluará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión que tomamos. En Michigan, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). La información sobre cómo apelar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad también se encuentra en el Aviso de no cobertura de Medicare. Es el aviso que recibió cuando se le informó que dejaríamos de cubrir la atención.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para solicitar al plan la continuidad de la atención

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a su estado al 1-888-524-9900 y solicite una “apelación rápida”.

Llame antes de marcharse de la agencia o el centro que le está atendiendo y antes de su fecha de alta programada.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

Está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización recibe pagos de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los beneficiarios de Medicare.

¿Qué es lo que debe solicitar?

Solicite una “apelación rápida” Esto es una revisión independiente acerca de si es adecuado desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es el plazo para comunicarse con dicha organización?

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día posterior a la fecha en que reciba el aviso escrito en el que le informamos que finalizaremos la cobertura de su atención.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para conocer más detalles acerca de esta otra manera de presentar su apelación, consulte la **Sección H4**.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de falta de cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de ejemplo, llame al departamento de Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 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/BNL.

¿Qué sucede durante la revisión por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que debería continuar la cobertura por los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan debe enviarle una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad donde explicarán el motivo para la terminación de sus servicios.
- Los revisores también examinarán sus expedientes médicos, hablarán con el médico y evaluarán la información que nuestro plan les haya proporcionado.
- Al cabo de todo un día posterior a que se obtenga la información necesaria, los revisores le informarán su decisión. Usted recibirá una carta que le explicará la decisión.

El término legal para la carta que explique por qué sus servicios deben terminar es “**Aviso detallado de no cobertura**”.

¿Qué sucede si los revisores responden que sí?

- Si los revisores dan un **sí** como respuesta a su apelación, debemos continuar prestando sus servicios cubiertos durante el tiempo que se les considere necesarios desde una perspectiva médica.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



¿Qué sucede si los revisores responden que no?

- Si los revisores contestan que **No** a su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le hemos comunicado. Dejaremos de pagar nuestra porción de los costos de esta atención.
- Si usted decide continuar recibiendo servicios de atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) luego de la fecha en que su cobertura termine, entonces deberá pagar el costo total de dicha atención por cuenta propia.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con la atención médica

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice **No** a la apelación **y** usted decide continuar recibiendo atención luego de finalizada la cobertura, entonces usted puede presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverá a verificar la decisión que tomó en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1, usted tal vez deba pagar el costo total de su atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada, o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

En Michigan, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días** calendario después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad contestó que **No** a su Apelación de Nivel 1. Usted podrá solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura.

Guía rápida: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para continuar con la atención médica

Llame a la Organización para el Mejoramiento de su estado al 1-888-524-9900 y solicite otra revisión.

Llame antes de marcharse de la agencia o el centro que le está atendiendo y antes de su fecha de alta programada.

- Los evaluadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomará su decisión dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha en que se recibió su solicitud de apelación.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



¿Qué sucede si la organización revisora responde que sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido desde la fecha en que le informamos que terminaría su cobertura. Deberemos continuar proporcionándole cobertura para su atención mientras sea necesario desde el punto de vista médico.

¿Qué sucede si la organización revisora responde que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron con respecto a la Apelación de Nivel 1 y no la rectificarán.
- La carta que usted reciba le informará cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. En él se le darán detalles acerca de cómo continuar al siguiente nivel de apelación, el cual es manejado por un juez.

I. Opciones de apelación después de las apelaciones externas o de 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 artículos o servicios de Medicare, y ambas apelaciones se han rechazado, tendrá derecho a utilizar niveles adicionales de apelación. La carta que recibe de la Entidad Revisora Independiente le explicará cómo proceder si desea continuar el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ). La persona que toma la decisión en una Apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado litigante. Si desea que un ALJ o un abogado litigante revise su caso, el artículo o servicio médico que solicita tendrá que llegar a un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá hacer más apelaciones. Si el valor en dólares es suficiente, puede solicitar que un ALJ o un abogado litigante analice su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o el abogado litigante, puede comunicarse con el Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, puede tener derecho a pedir que una corte federal revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier fase del proceso de apelación, puede comunicarse con el Ómbudsman de MI Health Link. El número telefónico es 1-888-746-6456.

I2. Próximos pasos para obtener servicios y artículos de Medicaid de Michigan

También tiene más derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Medicaid de Michigan.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.HAPCareSource.com).



Si su apelación fue enviada a la Oficina de Audiencias y Normas Administrativas de Michigan (MOAHR) para una audiencia imparcial, la MOAHR le enviará una carta en la que explique su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión final de la MOAHR, tiene 30 días calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una solicitud de reconsideración/reconsideración y/o presentar una apelación ante el Tribunal de Circuito. Llame a la MOAHR al 1-877-833-0870 para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir para calificar para una reaudiencia/reconsideración.

Si su apelación fue enviada al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) para una revisión externa, el DIFS le enviará una carta explicando la decisión del director. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar ante el Tribunal de Circuito del condado donde vive o ante el Tribunal de Reclamaciones de Michigan en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la decisión.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con el Ómbudsman de MI Health Link. El número telefónico es 1-888-746-6456.

J. Cómo hacer una reclamación

J1. Qué tipos de problemas se consideran reclamaciones

El proceso de quejas se usa solamente para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, recibir una factura y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan a través del proceso de quejas.

Reclamaciones sobre la calidad de la atención

- Se siente insatisfecho con la calidad de la atención recibida, como la atención que recibió en el hospital.

Reclamaciones sobre la privacidad

- Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió alguna información que se considera confidencial.

Reclamaciones sobre una mala calidad de servicio al cliente

- Un proveedor o personal de atención médica fue maleducado o irrespetuoso con usted.

Guía rápida: Cómo presentar una reclamación

Puede presentar una reclamación interna al plan o una reclamación externa ante una organización que no esté vinculada al plan.

Para hacer una reclamación interna, llame a Servicios para Afiliados o envíenos una carta.

Hay diferentes organizaciones que manejan reclamaciones externas. Para obtener más información, consulte la **Sección J3**.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.hapcare.com).



- El personal de HAP CareSource MI Health Link le trató mal.
- Considera que lo están echando del plan.

Reclamaciones sobre accesibilidad

- No puede acceder a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor debido a un problema físico.
- El proveedor no le proporciona un servicio de adaptación que necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Reclamaciones sobre los tiempos de espera

- Tiene dificultades para obtener una cita médica o tiene que esperar demasiado para obtenerla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Afiliados u otro personal le han hecho esperar demasiado.

Reclamaciones sobre la limpieza

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

Reclamaciones sobre barreras lingüísticas

- Su médico o proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

Reclamaciones acerca de recibir comunicados de nuestra parte

- Considera que no le entregamos un aviso o carta que debería haber recibido.
- Considera que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Reclamos acerca de la oportunidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura o apelaciones

- Considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Usted cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos.
- Considera que no enviamos su caso a la Entidad de Revisión Independiente de forma oportuna.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.HAPCareSource.com).



El término legal para “reclamación” es “queja”.

El término legal para “presentar una reclamación” es “presentar una queja”.

¿Hay diferentes tipos de reclamaciones?

Sí. Puede hacer una reclamación externa o interna. Una reclamación interna se presenta al plan y este la verifica. Una reclamación externa se presenta a una organización que no está relacionada con el plan y esta lo verifica. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno y/o externo, puede llamar al Ómbudsman de MI Health Link al 1-888-746-6456.

NOTA: si vive en el condado de Macomb, HAP CareSource MI Health Link cubre los servicios de salud conductual. Comuníquese con su coordinador de la atención o Servicios para Afiliados para obtener más información.

NOTA: si vive en el condado de Wayne, los servicios de salud conductual están cubiertos por el PIHP. Para obtener más información, comuníquese con la Autoridad de Salud Mental de Detroit Wayne al 1-800-241-4949 (TTY: 1-800-630-1044), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

J2. Reclamaciones internas

Para presentar una reclamación interna, llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. Puede presentar el reclamación en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si el reclamo es sobre un medicamento de la Parte D, debe hacerlo **en un plazo de 60 días calendario** después de tener el problema por el cual desea quejarse.

- Si hay algo más que usted deba hacer, el departamento de Servicios para Afiliados se lo dirá.
- Usted también puede escribir su queja y enviarla. Si presenta su queja por escrito, nosotros le responderemos por escrito.
- Puede presentar una queja en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del problema que hizo surgir la queja. No existe un límite de presentación de quejas relacionadas con la calidad de la atención. Nota: el límite de 60 días puede extenderse por una buena causa (un buen motivo para presentar una queja después de 60 días, como una enfermedad o un accidente). Incluya en su solicitud por escrito la razón por la cual no pudo presentar la solicitud dentro del plazo de 60 días.

El término legal para “reclamación rápida” es “queja acelerada”.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



De ser posible, le responderemos de inmediato. Si no llama por una reclamación, tal vez le demos una respuesta durante la misma llamada. Si su estado de salud requiere que le demos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos todas las demás reclamaciones dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su reclamación. Le indicaremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si usted presenta una queja porque se le denegó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le concederemos una “reclamación rápida” y responderemos a su reclamación dentro de las 24 horas.
- Si presenta una reclamación porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, le concederemos, de forma automática, una “reclamación rápida” y responderemos a su reclamación dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con una parte o la totalidad de la reclamación, **se lo indicaremos** y le daremos los motivos. Le responderemos si estamos de acuerdo con su reclamación o no.

J3. Reclamaciones externas

También puede informar su reclamación ante Medicare

También puede enviar su reclamación a Medicare. El Formulario de reclamación de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare se toma sus reclamaciones en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene sugerencias o inquietudes, o si cree que el plan no se está ocupando del 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.

También puede informarle a Medicaid sobre su reclamación

Usted también puede enviar su reclamación a Medicare de Michigan. Puede llamar a la Línea de Ayuda al Beneficiario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio telefónico basado en Internet.

Puede presentar una reclamación en la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una reclamación a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos y de Salud si cree que no recibió un tratamiento justo. Por ejemplo, puede hacer una reclamación sobre acceso para discapacitados o ayuda con el idioma. El número telefónico de la

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



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.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de su localidad a:

223 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Fax: 1-202-619-3818

También puede contactar al Departamento de Derechos Civiles de Michigan por teléfono al 1-800-482-3604 o en línea en www.michigan.gov/lara/about/contact-us. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-517-241-1965. También puede enviar un correo electrónico MDCRServiceCenter@michigan.gov o un fax al 1-517-241-0546.

También puede tener derechos conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y a la Ley de Derechos Civiles Elliot-Larsen para Personas con Discapacidades de Michigan. Puede comunicarse con el Ómbudsman de MI Health Link para obtener ayuda. El número telefónico es 1-888-746-6456.

Puede presentar una reclamación a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando la reclamación se trate sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, usted puede presentar su reclamación acerca de la calidad de la atención recibida directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (sin presentar la reclamación ante nosotros).
- O puede presentar su reclamación ante nosotros y ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Si presenta una reclamación ante dicha organización, nosotros trabajaremos junto con ellos para resolver su reclamación.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad consiste en un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en la atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Para obtener más información acerca de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2.

En Michigan, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta. El número telefónico de Livanta es 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

Puede informar al Ómbudsman de MI Health Link acerca de su reclamación

El Ómbudsman de MI Health Link también ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros afiliados reciban todos los servicios cubiertos que estamos obligados a brindar. El programa del Ómbudsman de MI Health Link no está relacionado con

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.



nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. El número telefónico es 1-888-746-6456. Los servicios son gratuitos.

Puede informar su reclamación al estado de Michigan

Si tiene un problema con HAP CareSource MI Health Link, puede comunicarse con el Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (DIFS) al 1-877-999-6442, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. Puede enviar un correo electrónico a difs-HICAP@michigan.gov o un fax al 517-284-8837. Puede escribirnos a:

DIFS – Office of Consumer Services
P.O. Box 30220
Lansing, MI 48909-7720

Para quejas sobre cómo su proveedor cumple sus deseos, llame al 517-241-0205, visite <https://www.michigan.gov/lara/bureau-list/bpl/complaint> o escriba a:

Michigan Department of Licensing and Regulatory Affairs
Bureau of Professional Licensing
Enforcement Division
P.O. Box 30670
Lansing, MI 48909

Correo electrónico: BPL-Complaints@Michigan.gov

Envíe las entregas al día siguiente a:

Department of Licensing and Regulatory Affairs
Mail Services
2407 N. Grand River Avenue
Lansing, MI 48906

También puede llamar al 517-241-0205 o enviar un fax al 517-241-2389.

Para presentar una reclamación contra un profesional de enfermería autorizado, visite: www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-72600_73836---,00

Para presentar una reclamación contra todos los demás profesionales de la salud con licencia, visite: www.michigan.gov/documents/lara/lara_ED_200PKT_AllegationPkt_477156_7.pdf

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



Capítulo 10: Cómo finalizar su afiliación a HAP CareSource MI Health Link

Introducción

Este capítulo le dice cuándo y cómo puede terminar su afiliación a nuestro plan, y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Incluso si deja el plan, sigue siendo parte de los programas de Medicare y Medicaid de Michigan mientras sea elegible. Los términos claves y sus definiciones se encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Cuándo puede terminar su afiliación al Plan Medicare-Medicaid	224
B. Cómo terminar la afiliación a nuestro plan	224
C. Cómo unirse a otro plan de Medicare-Medicaid	225
D. Cómo obtener servicios de Medicare y de Medicaid de Michigan por separado	225
D1. Formas de obtener los servicios de Medicare	225
D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid de Michigan	227
E. Siga recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su afiliación	227
F. Otras situaciones en que termina su afiliación	228
G. Reglas que impiden pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con la salud	229
H. Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su afiliación a nuestro plan	230
I. Cómo obtener más información sobre terminar la afiliación al plan	230

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



A. Cuándo puede terminar su afiliación al Plan Medicare-Medicaid

Usted puede terminar su afiliación al plan HAP CareSource MI Health Link Medicare-Medicaid en cualquier momento del año si se afilia a otro plan Medicare Advantage, a otro Plan Medicare-Medicaid o si se afilia a Medicare Original.

El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente luego de que recibamos su solicitud. Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare, consulte la tabla de la sección D1.
- Servicios de Medicaid de Michigan, consulte la tabla de la sección D2.

Puede obtener más información sobre cuándo puede cambiar o terminar su afiliación llamando a la:

- oficina de INSCRIPCIONES de Michigan al 1-800-975-7630, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897.
- El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) Sin embargo, en Michigan, se llama Programa de Asistencia de Medicare de Michigan (Michigan Medicare Assistance Program, MMAP). Puede comunicarse con nosotros al 1-800-803-7174.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: si está en un programa de administración de medicamentos (Drug management program, DMP), no podrá cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 del *Manual del Afiliado* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo terminar la afiliación a nuestro plan

Si decide terminar su afiliación, informe a Medicaid de Michigan o Medicare que desea dejar HAP CareSource MI Health Link:

- Llame a la oficina de INSCRIPCIONES de Michigan al 1-800-975-7630, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897; **O**
- Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades de la audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o medicamentos de Medicare. En la tabla de la **Sección D1** encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandona nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



C. Cómo unirse a otro plan de Medicare-Medicaid

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid de Michigan juntos de un único plan, puede unirse a un plan de Medicare-Medicaid diferente.

Para inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente:

- Llame a la oficina de INSCRIPCIONES de Michigan al 1-800-975-7630, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-263-5897. Dígales que desea dejar HAP CareSource MI Health Link y unirse a un plan de Medicare-Medicaid diferente. Si no está seguro a qué plan desea unirse, pueden informarle sobre otros planes en su área.

Su cobertura con HAP CareSource MI Health Link finalizará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

D. Cómo obtener servicios de Medicare y de Medicaid de Michigan por separado

Si no desea inscribirse en un Plan Medicare-Medicaid diferente después de dejar HAP CareSource MI Health Link, volverá a recibir sus servicios de Medicare y de Medicaid de Michigan por separado.

D1. Formas de obtener los servicios de Medicare

Podrá decidir cómo recibir los beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted automáticamente terminará su afiliación a nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.

<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Un plan de salud de Medicare, como el Plan Medicare Advantage o el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita recibir más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Sin embargo, en Michigan, se llama Programa de Asistencia de Medicare de Michigan (Michigan Medicare Assistance Program, MMAP). <p>Se cancelará su inscripción automáticamente en HAP CareSource MI Health Link cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan independiente para medicamentos con receta de Medicare.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita recibir más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Sin embargo, en Michigan, se llama Programa de Asistencia de Medicare de Michigan (Michigan Medicare Assistance Program, MMAP). <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en HAP CareSource MI Health Link cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p>

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.**

<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Original Medicare sin un plan independiente para medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Solo debe rechazar la cobertura para medicamentos con receta si tiene cobertura de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al MMAP al 1-800-803-7174.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita recibir más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al 1-800-803-7174. Las personas con discapacidades auditivas y del habla pueden llamar al 711. La llamada es gratuita. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Sin embargo, en Michigan, se llama Programa de Asistencia de Medicare de Michigan (Michigan Medicare Assistance Program, MMAP). <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en HAP CareSource MI Health Link cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p>
---	---

D2. Cómo obtener los servicios de Medicaid de Michigan

Si deja el Plan Medicare-Medicaid, recibirá sus servicios de Medicaid de Michigan a través del pago por servicio.

Sus servicios de Medicaid de Michigan incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo, así como atención médica conductual. Si deja el Plan Medicare-Medicaid, puede usar cualquier proveedor que acepte Medicaid de Michigan.

E. Siga recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su afiliación

Si deja HAP CareSource MI Health Link, puede pasar un tiempo antes de que su afiliación termine y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid de Michigan. Durante este tiempo, usted seguirá recibiendo sus medicamentos con receta y atención médica a través de nuestro plan.

- Utilice nuestra red de proveedores para recibir atención médica.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.



- **Use nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo, para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado en el día en que cambia o termina su afiliación a CareSource MI Health Link, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que sea dado de alta.** Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que se le dé de alta.

F. Otras situaciones en que termina su afiliación

Estos son los casos en los que HAP CareSource MI Health Link debe terminar su afiliación al plan:

- Si hay una pausa en la cobertura Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no califica para Medicaid de Michigan. Nuestro plan es para personas que califican a Medicare y Medicaid de Michigan. Si ya no es elegible para Medicaid, puede continuar recibiendo sus beneficios de salud y medicamentos con receta de Medicare y Medicaid de HAP CareSource MI Health Link hasta por tres meses. Para mantener HAP CareSource MI Health Link después de tres meses, debe recuperar la cobertura completa de Medicaid antes de que se cumplan los tres meses.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si sale de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o se va de viaje durante un largo tiempo, deberá llamar a Servicios para Afiliados para averiguar si el lugar al que se mudará o visitará se encuentra dentro del área de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por una ofensa criminal.
- Si miente o nos oculta información acerca de algún otro seguro que posea y que le proporcione cobertura para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano de Estados Unidos o no tiene presencia legal en Estados Unidos.
 - Debe ser un ciudadano de Estados Unidos o tener presencia legal en Estados Unidos para estar afiliado a nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo afiliado por este motivo.
 - Debemos quitar su inscripción si no cumple con este requisito.
- Si a sabiendas no completa y envía cualquier consentimiento o autorización necesaria que permita a la ICO y/o a los proveedores acceder a la información necesaria sobre la atención médica y los servicios.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.



Podemos obligarle a que abandone nuestro plan por los siguientes motivos únicamente si obtenemos la autorización de Medicare y de Medicaid de Michigan primero:

- Si deliberadamente nos proporciona información incorrecta al inscribirse con nosotros y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si continuamente exhibe un comportamiento conflictivo que nos dificulte proporcionarle atención médica a usted y a otros afiliados a nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación (ID) de afiliado para recibir atención médica.
 - Si finalizamos su afiliación por este motivo, es posible que Medicare le solicite al Inspector General que investigue su caso.

G. Reglas que impiden pedirle que abandone el plan por motivos relacionados con la salud

HAP CareSource MI Health Link no puede solicitar la cancelación de la inscripción ni pedirle que abandone nuestro plan por cualquiera de los siguientes motivos:

- Un cambio en su salud y/o debido al uso de servicios médicos
- Capacidad mental disminuida
- Comportamiento renuente o problemático como resultado de necesidades especiales (a menos que el comportamiento nos dificulte mucho proporcionarle servicios a usted o a otros afiliados).
- Desea tomar decisiones sobre el tratamiento con las que nosotros o cualquiera de sus proveedores de atención médica asociados con el plan no estamos de acuerdo.

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan debido a una causa relacionada con su salud, deberá llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También puede llamar a la Línea de Ayuda al Beneficiario al 1-800-642-3195 (o 1-866-501-5656 para usuarios de TTY), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. También debe llamar al programa de Ómbudsman de MI Health Link al 1-888-746-MHLO (1-888-746-6456), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O bien, puede enviar un correo electrónico a help@MHLO.org.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al 1-833-230-2057

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.



H. Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su afiliación a nuestro plan

Si finalizamos su afiliación a nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo interponer una queja formal o presentar una queja acerca de nuestra decisión de finalizar su afiliación. También puede consultar el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

I. Cómo obtener más información sobre terminar la afiliación al plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su afiliación, puede llamar a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su afiliación a HAP CareSource MI Health Link. Los términos claves y sus definiciones se encuentran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Afiliado*.

Índice

A. Avisos sobre las leyes	232
B. Aviso sobre no discriminación	232
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	232

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.



A. Aviso sobre las leyes

Existen muchas leyes que se aplican a este *Manual del Afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si no se incluyen ni se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son leyes federales sobre los programas de Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre no discriminación

Cada empresa o agencia que trabaja con Medicare y Medicaid de Michigan debe cumplir las leyes que lo protegen de la discriminación o el tratamiento injusto. No discriminamos ni lo tratamos diferente debido a su edad, reclamaciones anteriores, color, etnia, evidencia de seguro, género, información genética, ubicación geográfica en el área de servicio, salud mental, historia clínica, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión, sexo u orientación sexual.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre discriminación o trato injusto:

- Llame al Departamento de Servicios Médicos y Humanos, Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- También puede llamar al Departamento de Derechos Civiles de Michigan al 1-800-482-3604.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Afiliados. Si tiene alguna reclamación, por ejemplo, un problema con un acceso para silla de ruedas, Servicios para Afiliados puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces, otra persona debe pagar primero los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización de los trabajadores deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos claves que se usan a lo largo del *Manual del Afiliado* junto con sus definiciones. Los términos se encuentran en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o si necesita más información además de la que incluye una definición, póngase en contacto con el Servicios para Afiliados.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

Actividades de la vida diaria: Las cosas que las personas realizan en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Ayuda pagada pendiente: Puede seguir recibiendo sus beneficios mientras espera una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se denomina "ayuda pagada pendiente".

Centro quirúrgico ambulatorio: Es un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: Una forma de impugnar nuestra acción si cree que cometimos un error. Para pedirnos que cambiemos la decisión, usted puede hacer una apelación. Las apelaciones se explican en el Capítulo 9, incluyendo cómo presentar una apelación.

Producto biológico: Un medicamento con receta que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células de animales, células vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también "Producto biológico original" y "Biosimilar").

Biosimilar: Un medicamento de venta con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Ver "Biosimilares intercambiables").

Medicamento de marca: Un medicamento con receta, que es fabricado y vendido por la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca contienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica. Los medicamentos genéricos son elaborados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Coordinador de la atención: Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de atención: El plan que determina qué servicios de salud recibirá y cómo los obtendrá.

Equipo de atención: Su equipo de atención puede estar compuesto por médicos, enfermeros/as, asesores u otros profesionales de la salud que estarán disponibles para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayudará a elaborar un plan de atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia federal que administra a Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo contactar a los CMS.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.**



Reclamación: Una declaración escrita o verbal en la que se indique que tiene un problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El término formal para “presentar una reclamación” es “interponer una queja formal”

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación mayor. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación de las condiciones del hogar.

Copago: Es un pago que debe realizar por los servicios de salud, además del pago realizado por HAP CareSource MI Health Link. No se le debe exigir que pague ningún copago. Si recibe una factura por un copago, debe comunicarse con su coordinador de la atención.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el Capítulo 9 se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: Este es el término que empleamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: Término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y ayudas a largo plazo, suministros, salud conductual, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios que paga nuestro plan.

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona instrucción adicional a nuestros proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios para satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Cancelación de la inscripción: El proceso mediante el que se termina su afiliación a nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por elección propia) o involuntaria (no por su elección).

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en la *Lista de medicamentos*. Genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* del plan se encuentra en uno de dos niveles.

Equipo médico permanente (Durable medical equipment, DME): Determinados artículos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica para uso en el hogar. Algunos ejemplos incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **HAPCareSource.com**.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son proporcionados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica. La atención de emergencia incluye la atención en una sala de emergencias y el transporte médico de emergencia.

Afección médica de emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro, o la pérdida del funcionamiento de una extremidad o la pérdida o un daño grave a una función corporal (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer). Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor intenso.

Excepción: Es un permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: Servicios no cubiertos por este plan de salud.

Ayuda Adicional: Es un programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Al programa Ayuda Adicional también se lo denomina “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Audiencia imparcial: Es una oportunidad para que nos cuente su problema en una audiencia formal y demuestre que una decisión que tomamos es incorrecta.

Freedom to Work: Es un programa que brinda cobertura médica a trabajadores con discapacidades en Michigan que no son elegibles para Medicaid. Las personas que participan en el programa Freedom to Work reciben cobertura completa de Medicaid a cambio de una prima mensual. Si tiene preguntas sobre el programa Freedom to Work, comuníquese con su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Michigan Department of Health & Human Services, MDHHS). Para obtener más información de contacto de su oficina local de MDHHS visite www.michigan.gov/mdhhs/0,5885,7-339-73970_5461---,00.

Medicamento genérico: Un medicamento con receta aprobado por el gobierno federal para su uso en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, es más económico y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Queja formal: Una queja que presente sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una reclamación sobre la calidad de su atención.

Servicios/dispositivos de habilitación: Servicios/dispositivos de atención médica que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Seguro médico: Un tipo de seguro que paga los gastos médicos y de salud.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **HAPCareSource.com**.



Plan de salud: Una organización compuesta por doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y de apoyos a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de la atención y equipos de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita.

Evaluación de riesgos de salud: Una revisión de los antecedentes médicos y la afección actual de un paciente. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Servicios domiciliarios y basados en la comunidad (Home and community-based services, HBCS): Los servicios domiciliarios y basados en la comunidad son opciones de prestación de servicios de atención centrados en la persona que se proporcionan dentro del hogar o residencia del paciente. Esto incluye una variedad de programas que abordan las necesidades de pacientes con múltiples diagnósticos, limitaciones funcionales que necesitan asistencia con las actividades diarias.

Asistente para servicios de salud en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera registrada o terapeuta, como ayudar con el cuidado personal (por ej.: bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes para servicios de salud en el hogar no poseen una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Atención médica en el hogar: Servicios que se pueden brindar en su hogar para una enfermedad o lesión.

Servicios de hospicio: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir de manera cómoda. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses de vida como máximo.

- Una persona inscrita que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un hospicio.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporcionan atención completa a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- HAP CareSource MI Health Link debe proporcionarle una lista de los proveedores de cuidados de hospicio ubicados en su zona geográfica.

Hospitalización: Cuando se le ingresa en un hospital para recibir servicios o tratamiento de salud.

Atención hospitalaria de pacientes ambulatorios: Cualquier servicio/tratamiento de salud que reciba en un hospital que no requiera hospitalización.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.**



Facturación incorrecta/inadecuada: Una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que el costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado a HAP CareSource MI Health Link cuando obtenga servicios médicos o recetas. Llame a Servicios para Afiliados si recibe facturas que no comprende. Debido a que HAP CareSource MI Health Link paga el costo total de sus servicios, usted no debe ninguna costos compartidos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Paciente internado: Término utilizado cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue admitido formalmente, es posible que aún lo consideren un paciente ambulatorio en lugar de un paciente internado, incluso si pasa la noche en el hospital.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes estatales.

(Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con ayuda de doctores y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le indica si existen reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos. En ocasiones, la *Lista de medicamentos* se denomina "formulario".

Servicios de apoyo a largo plazo (LTSS): Los apoyos y servicios a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección a largo plazo. Los LTSS incluyen servicios en hogares de ancianos, así como servicios en el hogar y basados en la comunidad. Los servicios domiciliarios y basados en la comunidad le permiten quedarse en casa y en su comunidad en lugar de ir a un hogar de ancianos, hospital u otro centro de atención.

Subsidio por ingresos reducidos (Low-income subsidy, LIS): Consulte "Ayuda adicional".

Médicamente necesarios: Los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ir a un hospital o a una residencia geriátrica. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas para la práctica médica. Se determina que un servicio específico es médicamente (clínicamente) apropiado, necesario para satisfacer las necesidades, es consistente con su diagnóstico o problema de salud, es la opción más rentable en el entorno menos restrictivo y es consistente con los estándares clínicos de atención. La necesidad médica incluye aquellos apoyos y servicios diseñados para ayudarle a alcanzar o mantener un nivel suficiente de funcionamiento que le permita vivir en su comunidad.

Medicare: Es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **HAPCareSource.com**.

etapa terminal (por lo general, aquellas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que cuentan con Medicare pueden obtener la cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención médica administrada (consulte "Plan de salud").

Plan Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también llamado "Medicare Parte C" o "Planes MA" que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas empresas para que cubran sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: Los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que cubren la Parte A y la Parte B de Medicare.

Afiliado a Medicare-Medicaid: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid. Una persona afiliada en Medicare-Medicaid también se denomina "persona doblemente elegible".

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los cuidados hospitalarios, de enfermería especializada, de atención domiciliar y de cuidados de hospicio necesarios desde el punto de vista médico.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios desde el punto de vista médico para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: El programa de Medicare que permite a las compañías privadas de seguro de salud proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

Parte D de Medicare: El programa voluntario de Beneficios para Medicamentos con Receta de Medicare. (Llamamos a este programa "Parte D" para abreviar). La Parte D cubre medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare ni Medicaid. HAP CareSource MI Health Link incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite [HAPCareSource.com](https://www.HAPCareSource.com).**

Afiliado (afiliado a nuestro plan o afiliado al plan): Una persona con Medicare y Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y el estado.

Manual del Afiliado e información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto o cláusula, en el que se le explique la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus obligaciones como afiliado al plan.

Servicios para Afiliados: Un departamento de nuestro plan que tiene la responsabilidad de responder sus preguntas acerca de su afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información acerca de cómo contactar a Servicios para Afiliados.

Medicaid de Michigan (o asistencia médica): Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados para que éstas paguen los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Cubre los servicios adicionales y los medicamentos que no cuentan con la cobertura de Medicare. Los programas Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de la atención se encuentran cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid de Michigan. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid de Michigan.

Red: El grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que brindan servicios cubiertos a nuestros afiliados.

Farmacia de la red: Una farmacia (droguería) que ha acordado surtir las recetas de los afiliados a nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas tendrán cobertura solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que usamos para referirnos a los profesionales de la atención médica y a los proveedores de apoyo, como médicos, profesionales de enfermería, psicólogos, especialistas en audición, odontología o visión, enfermeros, farmacéuticos, terapeutas y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica; equipos médicos; salud conductual, trastornos por abuso de sustancias, discapacidad intelectual/del desarrollo y apoyos y servicios a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **HAPCareSource.com**.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos "proveedores de la red" cuando ellos aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no les cobran a nuestros afiliados un monto adicional.
- Mientras usted esté afiliado a nuestro plan debe usar los proveedores y las farmacias que pertenecen a la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también son llamados "proveedores del plan".

Proveedor no participante: Un proveedor que no pertenece a nuestra red.

Residencia o centro de enfermería: Un lugar que brinda atención a personas que no pueden obtener sus servicios en casa, pero que no necesitan estar en el hospital.

Ómbudsman: Una oficina en su estado que funge como defensor en su nombre. Pueden responder sus preguntas si tiene problemas o reclamaciones y le pueden ayudar a saber qué debe hacer. Estos servicios son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el Ómbudsman en los capítulos 2 y 9 de este manual.

Determinación de la organización: El plan ha tomado una determinación organizacional cuando él, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este manual. En el Capítulo 9 se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o tarifa por servicio de Medicare): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores médicos.

- Usted puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepte Medicare. Original Medicare consta de dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede optar por Medicare Original.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**

(TTY: **1-833-711-4711 o 711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite HAPCareSource.com.**



Una farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha acordado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted compre en las farmacias fuera de la red no serán cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es empleado, propietario ni operado por nuestro plan y que no cuenta con un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. En el Capítulo 3 se explica sobre los proveedores o centros fuera de la red.

Medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC) Los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o fármaco que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica.

Parte A: Consulte la "Parte A de Medicare".

Parte B: Consulte la "Parte B de Medicare".

Parte C: Consulte la "Parte C de Medicare".

Parte D: Consulte la "Parte D de Medicare".

Medicamentos de la Parte D: Consulte "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

Proveedor participante: Un proveedor que no pertenece a nuestra red.

Monto de pago al paciente (Patient Pay Amount, PPA): La cantidad de dinero que se le puede pedir que pague por el tiempo que permanezca en un hogar de ancianos. Este monto depende de sus ingresos y lo establece el estado.

Información médica personal (también llamada Información médica protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historia clínica. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de HAP CareSource MI Health Link para obtener más información sobre cómo HAP CareSource MI Health Link protege, usa y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a esta.

Proceso de planificación centrado en la persona: Un proceso para planificar y apoyar a una persona que recibe servicios. El proceso se basa en el deseo del individuo de participar en actividades que promuevan la vida en comunidad y que respeten las preferencias, elecciones y habilidades del individuo. El individuo lidera el proceso de planificación centrado en la persona e involucra a familiares, amigos, representantes legales y profesionales según el individuo desee o requiera.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **HAPCareSource.com**.

Proveedor de atención primaria (Primary care provider, PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted acude por la mayoría de los problemas de salud.

- Él o ella se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención de la salud acerca de su cuidado y derivarle con ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe visitar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor médico.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Servicios médicos: Servicios de salud proporcionados por un médico.

Prima: El monto que debe pagar por una póliza de seguro de salud. No tiene que pagar una prima por su seguro con HAP CareSource MI Health Link.

Medicamentos con receta: Un medicamento que requiere receta médica de un profesional de la salud calificado.

Médico de atención primaria: Un médico que proporciona y coordina servicios generales de atención médica para pacientes.

Autorización previa (Prior authorization, PA): Una autorización previa es una aprobación que debe recibir de HAP CareSource MI Health Link antes de obtener un servicio específico, comprar un medicamento o atenderse con un proveedor fuera de la red. Es posible que HAP CareSource MI Health Link no cubra el servicio o medicamento si no obtiene la aprobación.

Algunos servicios médicos de la red tienen cobertura únicamente si su médico u otro proveedor de la red recibe una “autorización previa” de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Algunos medicamentos están cubiertos únicamente si usted obtiene una autorización previa de nuestra parte.

- Los medicamentos cubiertos que requieren la autorización previa del plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **HAPCareSource.com**.

Dispositivos de prótesis: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para brazo, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality improvement organization, QIO): Este es un grupo de doctores y de otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas que cuentan con la cobertura de Medicare. Esta organización recibe pagos del gobierno federal para revisar y mejorar la atención brindada a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para saber cómo contactar a la QIO de su estado.

Límites de cantidad: El límite en la cantidad de medicamento que puede obtener. Los límites pueden referirse a la cantidad de medicamento cubierto por receta o a un período de tiempo definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre medicamentos cubiertos y prestaciones. Esto incluye los importes de los gastos compartidos, los medicamentos alternativos que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Derivación: Significa que el proveedor de atención primaria (PCP) debe darle una aprobación antes de que pueda atenderse con alguien que no sea su PCP. Es posible que HAP CareSource MI Health Link no cubra los servicios si no obtiene la aprobación. No necesita una derivación para ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las derivaciones en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren derivaciones en el Capítulo 4.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación mayor. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Autodeterminación: La autodeterminación es una opción disponible para los afiliados que reciben servicios a través del programa de exención domiciliaria y comunitaria de MI Health Link HCBS. Es un proceso que le permite diseñar y ejercer control sobre su propia vida. Esto incluye administrar una cantidad fija de dólares para cubrir sus apoyos y servicios autorizados. A menudo, esto se conoce como un "presupuesto individual". Si decide hacerlo, también tendrá control sobre la contratación y administración de proveedores.

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **HAPCareSource.com**.

Área de servicio: Un área geográfica en la que un plan de salud acepta afiliados si limita su afiliación de acuerdo al lugar donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede utilizar, esta generalmente se refiere al área en la que usted puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener HAP CareSource MI Health Link.

Centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF): Un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Los servicios de enfermería especializada y de rehabilitación que se brindan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que sólo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.

Especialista: Es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica.

Agencia estatal de Medicaid: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Es la agencia que dirige el programa Medicaid de Michigan, que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar la atención médica y los apoyos y servicios a largo plazo.

Tratamiento escalonado: Una regla de cobertura que requiere que usted primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted solicita.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): Un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Atención de urgencia: Es la atención que recibe por una enfermedad repentina, una lesión o una afección, que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección nunca antes vista, pero no se trata de una emergencia médica).

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **HAPCareSource.com**.

Llámenos a Servicios para Afiliados a HAP CareSource MI Health Link.

LLAME AL	1-833-230-2057. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Servicios para Afiliados también cuenta con un servicio gratuito de interpretación de idiomas disponible para personas que no hablan inglés.
TTY	1-833-711-4711 o 711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
ESCRIBA A	HAP CareSource P.O. Box 1025 Dayton, OH 45401
SITIO WEB	HAPCareSource.com

Si tiene preguntas, llame a HAP CareSource MI Health Link al **1-833-230-2057**



(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **HAPCareSource.com**.

Get free help in your language with interpreters and other written materials. Get free aids and support if you have a disability. Call **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 or 711)**.



Obtenga ayuda gratuita en su idioma a través de intérpretes y otros materiales en formato escrito. Obtenga ayudas y apoyo gratuitos si tiene una discapacidad. Llame al **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

احصل على مساعدة مجانية بلغتك من خلال المترجمين الفوريين والمواد المكتوبة الأخرى. إذا كنت من ذوي الاحتياجات الخاصة، ستحصل على المساعدات والدعم مجاناً. اتصل على الرقم **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 أو 711)**.

通过口译员和其他书面材料，获得您所使用语言的免费帮助。如果您有残疾，可以获得免费的辅助设备和支持。请致电**1-833-230-2057 (TTY 专线: 1-833-711-4711 或 711)**。

Erhalten Sie kostenlose Hilfe in Ihrer Sprache durch Dolmetscher und andere schriftliche Unterlagen. Beziehen Sie kostenlose Hilfsmittel und Unterstützung, wenn Sie eine Behinderung haben. Rufen Sie folgende Telefonnummer an **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 oder 711)**.

Obtenez une aide gratuite dans votre langue grâce à des interprètes et à d'autres documents écrits. Si vous souffrez d'un handicap, vous bénéficiez d'aides et d'assistance gratuites. Appelez le **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 ou le 711)**.

Nhận trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của quý vị với thông dịch viên và các tài liệu bằng văn bản khác. Nhận trợ giúp và hỗ trợ miễn phí nếu quý vị bị khuyết tật. Gọi **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 hoặc 711)**.

Grick Hilfe mitaus Koscht in dei Schprooch mit Iwwersetzer un annere schriftliche Dinge. Grick Aids un Hilfe mitaus Koscht wann du en Behinderung hoscht. Ruf **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 odder 711)**.

आपकी भाषा के इंटरप्रेटर तथा आपकी भाषा में अन्य लिखित सामग्रियों संबंधी फ्री मदद पाएं। यदि आपको कोई डिसेबिलिटी हो, तो मुफ्त सहायता और सपोर्ट प्राप्त करें। कॉल करें **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 या 711)**.

통역사와 기타 서면 자료의 도움을 귀하의 언어로 무료로 받으세요. 장애가 있을 경우, 보조와 지원을 무료로 받으세요. **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 또는 711)**. 로 문의하세요.

በአስተርጓሚዎች እና በሌሎች የጽሑፍ ቁሳቁሶች በቋንቋዎ ከክፍያ ነፃ እርዳታ ያግኙ። የአካል ጉዳት ካለብዎት ከክፍያ ነፃ እርዳታ እና ድጋፍ ያግኙ። ወደ **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 ወይም 711)** ይደውሉ።

Gba ìrànṣọ́wọ́ ọ̀fẹ́ ní èdè rẹ̀ pẹ̀lú àwọn ògbifọ́ àti àwọn ohun èlò míràn tí a kọ sílẹ̀. Gba àwọn ìrànṣọ́wọ́ àti àtílẹ́yìn ọ̀fẹ́ bí o bá ní àìlera kan. Pe **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 tàbí 711)**.

Makakuha ng libreng tulong sa wika mo gamit ang mga interpreter at mga ibang nakasulat na materyales. Makakuha ng mga libreng pantulong at suporta kung may kapansanan ka. Tumawag sa **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

په خپله ژبه کې د شفاهي ژباړونکو او نورو لیکل شویو موادو له لارې وړیا مرسته ترلاسه کړئ. که تاسو معلومات لری نو وړیا ملاتړ او مرستې ترلاسه کړئ. دې شمیرې ته زنگ ووهئ **1-833-230-2057 (TTY: 1-800-743-3333 یا 711)**.

दोभाषे र अन्य लिखित सामग्रीहरूको माध्यमद्वारा आफ्नो भाषामा निःशुल्क मदत प्राप्त गर्नुहोस्। तपाईंलाई अशक्तता छ भने निःशुल्क सहायता र समर्थन प्राप्त गर्नुहोस्। **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 वा 711) मा फोन गर्नुहोस्।**

သင့်ဘာသာစကားအတွက် စကားပြန်များနှင့် အခြားပုံနှိပ်စာရွက်များကို အခမဲ့အကူအညီရယူပါ။ သင်သည် မသန်စွမ်းသူတစ်ဦးဖြစ်ပါက အခမဲ့အကူအညီများနှင့် အထောက်အပံ့များ ရယူပါ။ ဖုန်းခေါ်ရန် **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 သို့မဟုတ် 711)** သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

Jwenn èd gratis nan lang ou ak entèprèt ansanm ak lòt materyèl ekri. Jwenn èd ak sipò gratis si w gen yon andikap. Rele **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 oubyen 711)**.

Bök jibañ ilo an ejjelok wōnāān ikkijjien kajin eo am ibbān rukok ro im wāween ko jet ilo jeje. Bök jerbalin jibañ ko ilo an ejjelok wōnāer im jibañ ko ñe ewōr am nañinmejın utamwe. Kall e **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 ak 711)**.



Aviso de no discriminación

Cumplimos con todas las leyes de derechos civiles federales y estatales. Por ello, no discriminamos, excluimos ni tratamos a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, religión, sexo (lo que incluye embarazo, género, identidad de género, preferencia sexual y orientación sexual), ni por motivos de estado civil, salud o asistencia pública. Queremos que todas las personas tengan una oportunidad justa y equitativa de estar lo más saludables posible.

Ofrecemos ayuda gratuita, servicios y modificaciones razonables si tiene alguna discapacidad. Podemos conseguir un intérprete de lengua de señas. Esta persona le ayudará a comunicarse con nosotros o con sus proveedores. Obtenga sus materiales impresos en letra grande, en formato de audio o en braille, sin costo alguno. También podemos ayudarle si habla un idioma diferente al inglés. Podemos conseguirle un intérprete que hable su idioma. O bien, puede obtener materiales impresos en su idioma. Todo esto sin costo alguno para usted. Llame a **1-833-230-2057 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)** si necesita alguna de estas ayudas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Estamos aquí para ayudarlo.

Puede presentar una queja si no le proporcionamos estos servicios o si cree que ha sido discriminado de alguna otra manera.

Correo postal: HAP CareSource MI Health Link

Attn: Civil Rights Coordinator

P.O. Box 1947

Dayton, OH 45401

Teléfono: 1-844-539-1732 (TTY: 711) | **Fax:** 1-844-417-6254

Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@CareSource.com

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights).

Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Ave., S.W.

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Envíe por correo el formulario de reclamo que se encuentra en www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf.

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

En línea: ocrportal.hhs.gov

Puede encontrar este aviso en **HAPCareSource.com**.

HAP CareSource™ MI Health Link (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que celebra contratos tanto con Medicare como con Medicaid de Michigan para proporcionarles a los afiliados los beneficios de ambos programas.

