Guía para miembros

Preguntas frecuentes

MEDICAL MUTUAL®

Aproveche al máximo sus beneficios del seguro de salud

Utilice estos consejos para comprender sus opciones de atención, maximizar sus beneficios y ahorrar dinero:

- **Administre su plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana:** My Health Plan (Mi plan de salud), nuestro sitio web exclusivo para miembros, hace que administrar su plan sea fácil y conveniente. Busque médicos dentro de la red, acceda a su tarjeta de identificación de miembro, vea los beneficios y más. Los miembros pueden registrarse o iniciar sesión en MedMutual.com/Member.
- **Permanezca en la red:** Evite costos más altos al usar médicos y hospitales de la red de su plan. Utilice nuestra herramienta Find a Provider (Encontrar un proveedor) de MedMutual en My Health Plan (Mi plan de salud) para encontrar proveedores dentro de la red. O bien, descargue nuestra aplicación móvil MedMutual desde su tienda de aplicaciones favorita.
- **Sepa qué está cubierto:** Revise sus beneficios en línea o hable con un especialista de atención al cliente antes de recibir atención para asegurarse de que un servicio esté cubierto o averiguar si necesita aprobación previa.
- **Evite viajes innecesarios a la sala de emergencias:** Para lesiones o enfermedades menores, visite a su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) o acuda a una clínica de su comodidad o a un centro de atención de urgencia de la red.
- **Haga de la salud y el bienestar una prioridad:** Cuidar su cuerpo y mente puede ayudarle a prevenir enfermedades, reducir el riesgo de afecciones crónicas y vivir una vida más feliz y saludable. Visite MedMutual WELL en la pestaña Healthy Living (Vida saludable) de My Health Plan (Mi plan de salud) para obtener una variedad de herramientas, recursos y desafíos de bienestar que lo ayudarán a estar lo más saludable posible.
- **Use sus beneficios de atención preventiva:** Aproveche los servicios y programas preventivos cubiertos a un costo mínimo o sin costo para usted. Revise sus beneficios en línea o llame a atención al cliente para obtener más información.

Si no tiene acceso a Internet o prefiere que le expliquen la información o se la brinden por escrito, comuníquese con nuestros especialistas de atención al cliente llamando al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Medical Mutual of Ohio o Medical Health Insuring Corporation of Ohio suscriben nuestros productos.

El material suministrado, incluidos los sitios web y enlaces, es únicamente para su información. No reemplaza el consejo médico, el diagnóstico ni el tratamiento por parte de un profesional. Debe tomar decisiones sobre la atención con sus proveedores de atención médica. Es posible que los servicios o tratamientos recomendados no estén cubiertos. La elegibilidad y la cobertura dependen de su plan de beneficios específico.

Le damos la bienvenida a la familia

En medical Mutual®, asumimos el compromiso de ayudar a nuestros miembros a recibir la atención que necesitan brindándoles acceso a una atención médica de alta calidad, a una amplia red de médicos y hospitales, y a una gran variedad de programas de salud diseñados para ayudarles a tener una vida más saludable en todas las etapas de la vida.

Creamos esta Guía para miembros para ayudarle a comprender cómo aprovechar al máximo los beneficios de su plan de salud.

Si actualmente es miembro de Medical Mutual, visite My Health Plan (Mi plan de salud), nuestro sitio web seguro para miembros, en MedMutual.com/Member, para obtener más información. O bien, comuníquese con atención al cliente de Medical Mutual al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. También puede encontrar información sobre los beneficios específicos de su plan en su Certificado o Cuadernillo de beneficios.

Si actualmente no es miembro, encontrará información y recursos adicionales disponibles en línea en MedMutual.com.

Esperamos poder satisfacer sus necesidades de atención médica.

Índice

2-3	Costos de su atención médica	9	Cómo presentar una queja
3	Cobertura de beneficios	9	Presentación de una apelación como miembro
3-4	Elección de un proveedor	11	Transición de su hijo a la atención médica de adultos
4-5	Servicios de atención primaria y de atención especializada	11-14	Derechos y responsabilidades del miembro
5	Cómo recibir atención médica	14	Asistencia para personas con impedimentos auditivos o del habla
5-6	Atención de emergencia y fuera de horario	15	Protección de la privacidad
7	Números telefónicos del departamento de Gestión de atención médica	15-19	Cobertura de medicamentos con receta médica
8	Presentación de un reclamo	20	Terminología médica común

¿Cuáles son los cargos que debo pagar cuando recibo servicios?

Depende de su plan; es posible que sea responsable de lo siguiente:

- Un copago en cada visita.
- Un deducible familiar o individual anual.
- Coseguro hasta su monto máximo de gastos de bolsillo.
- Cargos por servicios no cubiertos.
- Cargos que superen el monto autorizado si acude a un médico o centro que no pertenezca a nuestra red.
- Cargos que excedan el máximo de cobertura, si corresponde a su plan.

Para obtener detalles específicos sobre los cargos que deberá pagar, consulte su Certificado o Cuadernillo de beneficios, Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) u otra documentación proporcionada por su empleador o corredor.

¿Cómo sé si mi plan cubre un determinado procedimiento, cirugía o servicio?

Para conocer sus beneficios cubiertos, revise la sección Programa de beneficios en su Certificado o Cuadernillo de beneficios, o su Resumen de beneficios y cobertura (SBC). Estos documentos también pueden estar disponibles cuando inicia sesión en el sitio web de su plan o en My Health Plan (Mi plan de salud). Llame a nuestros especialistas de atención al cliente si su servicio específico no aparece en el Programa de beneficios o en las exclusiones.

Los beneficios cubiertos suelen incluir hospitalizaciones y cirugías médicamente necesarias, pruebas de diagnóstico, visitas al médico y atención preventiva. Algunos planes incluyen la cobertura de medicamentos con receta médica.

Médicamente necesario (o necesidad médica) se define como un servicio, suministro o medicamento con receta médica que es necesario para diagnosticar o tratar una afección médica. Además, Medical Mutual debe decidir si la atención:

- Se acepta como práctica estándar. No puede ser experimental o estar en investigación.
- No se proporciona únicamente para satisfacer su comodidad o la de un proveedor.
- Es el tipo de servicio adecuado en el tipo de scenario más apropiado que se le puede brindar.

Cuando esto se aplica a su atención como paciente hospitalizado, significa que su afección o sus síntomas médicos exigen que los servicios no se le pueden brindar de manera segura o adecuada como paciente ambulatorio. Cuando esto se aplica a los medicamentos con receta médica, significa que estos medicamentos tienen una buena relación costo-beneficio en comparación con otros medicamentos con receta médica que brindan resultados clínicos similares.

Los servicios excluidos suelen ser artículos de conveniencia o higiene personal, terapia de masajes, hipnosis, la mayoría de los medicamentos de venta libre, vitaminas o remedios a base de hierbas, tratamientos experimentales o en fase de investigación, cargos por las citas a las que no asistió o procedimientos cosméticos. Asegúrese de revisar su Certificado o Cuadernillo de beneficios, que también pueden estar disponibles cuando inicia sesión en el sitio web de su plan o en My Health Plan (Mi plan de salud), para obtener una lista completa de las exclusiones de la cobertura.

Nota: La forma más precisa de obtener detalles específicos de los beneficios para un procedimiento o servicio en particular es llamar a atención al cliente y proporcionar la codificación médica que el consultorio de su médico utilizará en el reclamo. Esto incluye códigos para el servicio específico proporcionado (los códigos CPT) y el motivo del servicio (los códigos de diagnóstico).

¿De qué manera Medical Mutual determina si un nuevo procedimiento médico o una nueva tecnología médica están cubiertos?

Realizamos una exhaustiva evaluación de los nuevos usos de las tecnologías médicas, los medicamentos, los procedimientos de salud del comportamiento y los dispositivos para garantizar que sean médicamente adecuados para nuestros miembros. Después de que varios expertos (tanto internos como externos, según la complejidad del asunto) realizan esta evaluación, se toma una decisión acerca de cubrir o no el nuevo servicio para nuestros miembros. La cobertura de los nuevos servicios puede estar limitada a afecciones médicas, grupos etarios, sexo, lugares de servicio, tipos de servicio o diagnósticos específicos. Es posible que los servicios experimentales o en fase de investigación no estén cubiertos. Podrá encontrar una lista de servicios que requieren aprobación previa (también denominada autorización previa) en My Health Plan (Mi plan de salud), al hacer clic en Prior Approval (Aprobación previa) en Benefits & Coverage (Beneficios y cobertura) o llamando al centro de atención al cliente.

¿Dónde puedo obtener una lista de los médicos, hospitales o proveedores que forman parte de la red de mi plan?

Para obtener una lista de proveedores de la red:

- Ingrese en My Health Plan (Mi plan de salud) y seleccione Find a Provider (Encontrar un proveedor).
- Busque MedMutual en su tienda de aplicaciones favorita para descargar nuestra aplicación móvil.
- Comuníquese con nuestros especialistas de atención al cliente llamando al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Si no es miembro, visite MedMutual.com y elija Find a Provider (Encontrar un proveedor) en la parte superior de la página para consultar las redes y los proveedores que están disponibles para usted.

¿Qué sucede si no acudo a médicos o proveedores de salud que formen parte de la red de mi plan?

El uso de médicos, especialistas, hospitales y otros centros (p. ej. , laboratorios, clínicas de atención de urgencia, radiología) en la red de su plan puede ahorrarle dinero. Usar proveedores fuera de su red puede costarle más. Puede encontrar el nombre de su red de proveedores y el tipo de plan (PPO, HMO, EPO) en su tarjeta de identificación de miembro.

- Si tiene un plan PPO y acude a un médico o centro fuera de la red, será responsable de pagar un deducible y un coseguro para servicios fuera de la red, o los cargos adicionales que superen el monto autorizado que nosotros normalmente pagaríamos por los servicios cubiertos. Sin embargo, es posible que se le otorguen ciertas protecciones en situaciones de emergencia o si un proveedor dentro de la red no está disponible. Consulte la siguiente información sobre la Ley Sin Sorpresas.
- Si es miembro de un plan de salud HMO o EPO, o un plan de salud con red reducida o local, no tiene cobertura fuera de la red, excepto para los servicios de emergencia. Usted será responsable de pagar el 100 % de los cargos fuera de la red. Sin embargo, es posible que se le otorguen ciertas protecciones en situaciones de emergencia o si un proveedor dentro de la red no está disponible. Consulte la siguiente información sobre la Ley Sin Sorpresas.

Ley Sin Sorpresas

Para los miembros con años del plan que comienzan el 1 de enero de 2022 o después de esa fecha, la Ley Sin Sorpresas (No Surprises Act) les permite a los miembros protegerse de la facturación del saldo (también conocida como facturación sorpresa), y solo requiriere que paguen el monto de facturación dentro de la red en las siguientes circunstancias:

- Atención de emergencia de proveedores dentro o fuera de la red
- Atención que no sea de emergencia de proveedores fuera de la red en centros dentro de la red (p. ej. , anestesiología, patología, radiología)
- Servicios de ambulancia aérea de proveedores fuera de la red

La Ley Sin Sorpresas no se aplica cuando un miembro elige voluntariamente usar un proveedor fuera de la red, recibe un aviso y firma un formulario de consentimiento para que se le facturen dichos servicios.

Si tiene preguntas adicionales sobre los beneficios, comuníquese con atención al cliente al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

¿Cómo puedo recibir servicios de atención primaria?

Los servicios de atención primaria, como las vacunas y los exámenes físicos, son brindados por proveedores especializados en medicina general, práctica familiar, medicina interna, geriatría y pediatría. A menudo, estos servicios son brindados en el consultorio de su proveedor de atención primaria. Si bien Medical Mutual no requiere que los miembros tengan un proveedor de atención primaria (PCP), establecer una relación con un PCP puede ofrecerle consistencia y eficiencia en su atención médica.

Para encontrar un PCP en la red de su plan, inicie sesión en My Health Plan (Mi plan de salud) y elija Find a Provider (Encontrar un proveedor).

¿No es miembro? Obtenga más información.

Aquí le explicamos cómo obtener más información sobre los servicios cubiertos y no cubiertos de Medical Mutual, las opciones de la red y las restricciones de beneficios:

- Si está buscando una póliza individual, revise los planes disponibles en su área en MedMutual.com (también hay Cuadernillos de certificado disponibles a modo de ejemplo).
- Si usted forma parte de un plan grupal de empleador, revise el SBC proporcionado como parte de su material de inscripción abierta.

Visite MedMutual.com y elija Find a Provider (Encontrar un proveedor) en la parte superior de la página para consultar las redes y los proveedores que pueden estar disponibles para usted como nuestro miembro.

¿Cómo puedo obtener información sobre los médicos, hospitales y otros proveedores de la red?

Encuentre información sobre los proveedores en la red de su plan de salud usando la herramienta Find a Provider (Encontrar un proveedor) en My Health Plan (Mi plan de salud) o en la aplicación móvil MedMutual. Los tipos de proveedores incluyen médicos, terapeutas y consejeros, hospitales, centros de atención de urgencia, proveedores de equipos médicos duraderos y más. Esta información incluye la siguiente:

- Nombre, dirección y número de teléfono
- Certificados profesionales
- Especialidades
- Aceptación de pacientes nuevos por parte del proveedor
- Facultad de medicina a la que asistió
- Afiliación a hospitales y redes
- Certificación de la junta
- Premios y reconocimiento, por ejemplo, si forma parte de un centro médico centrado en el paciente o un programa de reconocimiento de la diabetes acreditado por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA)
- Puntajes de calidad

Si aún no es miembro, puede encontrar información similar en MedMutual.com/FindAProvider.

¿Cómo puedo recibir servicios de atención especializada, de salud del comportamiento u hospitalarios?

Para solicitar servicios de salud del comportamiento, comuníquese con un proveedor de salud del comportamiento, un consejero o un especialista en adicción en la red de su plan. Puede encontrar información sobre especialistas de la red mediante Find a Provider (Encontrar un proveedor) en My Health Plan (Mi plan de salud) o en la aplicación móvil MedMutual. Su proveedor de atención primaria (PCP) puede decirle cuándo y cómo puede obtener servicios de atención especializada, de salud del comportamiento y hospitalarios. Consulte su Certificado o Cuadernillo de beneficios para conocer la cobertura de trastornos de la salud mental y abuso de sustancias.

¿Cómo encuentro un proveedor de hospicio o cuidados paliativos?

El cuidado paliativo es el tratamiento que mejora la comodidad y la calidad de vida de una persona durante la última etapa de su vida. Le recomendamos que analice este asunto con su proveedor y su familia.

Para encontrar un proveedor de hospicio o cuidados paliativos de la red, inicie sesión en My Health Plan (Mi plan de salud) en MedMutual.com/Member o en nuestra aplicación móvil. Elija Find a Provider (Encontrar un proveedor) y busque un médico o centro utilizando la palabra clave Hospice (Cuidados de hospicio).

¿Qué debo hacer si tengo problemas para programar una cita?

Queremos que esté satisfecho con la atención que recibe. Si tiene problemas para programar una cita con un profesional médico o de salud del comportamiento, comuníquese con atención al cliente por teléfono o en My Health Plan (Mi plan de salud).

¿Cómo puedo ser atendido fuera del horario normal de atención?

Cuando esté enfermo o lesionado, o necesite atención, llame en primer lugar a su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP puede evaluar sus síntomas e indicarle el mejor lugar para recibir atención. Si el consultorio de su PCP está cerrado y usted necesita recibir atención médica inmediata, sin que ello constituya una emergencia, acuda a un centro de atención de urgencia o a una clínica de su comodidad de la red que pueda tratar su afección. Esto podría costar menos que acudir a una sala de emergencias. Puede encontrar un centro de atención de urgencia de la red mediante nuestra herramienta Find a Provider (Encontrar un proveedor). Seleccione Urgent Care Center (Centro de atención de urgencia) como tipo de establecimiento.

Las afecciones que una clínica de atención de urgencia o de su comodidad puede tratar incluyen:

- Síntomas de la gripe
- Esguinces menores
- Infecciones de los senos paranasales, los oídos o la vejiga

Su plan de salud incluye una línea telefónica de enfermería las 24 horas para obtener ayuda en situaciones que no sean de emergencia. Encontrará el número de teléfono en su tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué es una emergencia?

Reconocer situaciones de emergencia puede ser difícil para una persona sin capacitación médica. Busque atención de emergencia si cree que no recibir asistencia inmediata tendría como consecuencia los siguientes resultados:

- Poner la salud de la persona o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su niño por nacer en grave peligro.
- Grave deficiencia de las funciones corporales.
- Grave disfunción de cualquier parte u órgano del cuerpo.

Puede encontrar detalles sobre su plan de beneficios específico en My Health Plan (Mi plan de salud).

Todo lo que necesita, donde se encuentre

My Health Plan (Mi plan de salud) es la forma más rápida, fácil y segura de ocuparse de todas sus necesidades del plan de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede ingresar en el sitio en Internet o descargando nuestra aplicación móvil.

Visite hoy MedMutual.com/Member para hacer lo siguiente:

- Ver información de la cuenta en tiempo real, como el deducible, el coseguro y las acumulaciones máximas de gastos de bolsillo.
- Ver y descargar documentos del plan, como el Certificado o Cuadernillo de beneficios, y el Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).
- Actualizar la información de su perfil, como su proveedor de atención primaria (PCP).
- Estimar los costos de muchos servicios y procedimientos de atención médica.
- Acceder a descuentos o inscribirse en programas y servicios, tal como Weight Watchers® y nuestro programa para dejar de fumar.
- Administrar sus preferencias de comunicación, registrarse para recibir mensajes de texto y dejar de usar papel para otras opciones.

Busque MedMutual en su tienda de aplicaciones favorita para descargar nuestra aplicación móvil y poder hacer lo siguiente:

- Acceder y enviar por correo electrónico o fax la tarjeta de identificación digital a sus proveedores.
- Encontrar un médico, hospital o centro de atención de urgenciasegún su ubicación.
- Ver la información sobre sus reclamos, deducibles ygastos de bolsillo.

Los miembros de Medical Mutual pueden inscribirse en My Health Plan (Mi plan de salud) en MedMutual.com/Member.

Weight Watchers es la marca comercial de WW International, Inc.
©2024 WW International, Inc. Todos los derechos reservados.

¿Cómo puedo recibir atención de emergencia?

En una emergencia médica, acuda a la sala de emergencias más cercana o, si fuera necesario, llame al 911. Comuníquese con su proveedor de la red dentro de las 24 horas posteriores a la emergencia para coordinar, de ser necesario, atención de seguimiento. Debe consultar a su proveedor en un plazo de siete días después de la visita a una sala de emergencias, en un plazo de siete días en caso de internación por servicios de salud del comportamiento o en un plazo de 30 días en caso de internación para otros servicios. Si usted es internado en un hospital, nuestro departamento de Gestión de atención médica trabajará con su proveedor para revisar su atención. No es necesario que se comunique con Medical Mutual para obtener aprobación previa en caso de atención de emergencia.

¿Necesito aprobación previa para determinados procedimientos?

Sí. Determinados servicios y medicamentos exigen una aprobación previa antes de que se realice el procedimiento o se brinde el servicio, especialmente si el servicio o medicamento se considera experimental o en fase de investigación, y no es elegible para la cobertura. Su proveedor dentro de la red es responsable de obtener las aprobaciones previas requeridas. La aprobación previa no constituye una garantía de pago; el pago se basa en las disposiciones de su contrato y sus beneficios. Visite My Health Plan (Mi plan de salud) y haga clic en Prior Approval (Aprobación previa) en Benefits & Coverage (Beneficios y cobertura) para ver los servicios y medicamentos en la Lista de aprobación previa.

¿Cómo obtengo la aprobación previa?

Si su proveedor forma parte de la red de su plan, él será responsable de comunicarse con nosotros para gestionar la aprobación previa. Si su proveedor no forma parte de la red, usted será responsable de obtener la aprobación previa antes del tratamiento. comuníquese con atención al cliente si necesita ayuda para solicitar una aprobación previa. Si tiene una hospitalización programada, nuestro personal de enfermería trabajará con su proveedor para recopilar información sobre su afección una vez admitido en el hospital.

Medical Mutual envía una declaración de atención médica adecuada a todos los empleados, el personal administrativo y los proveedores contratados que están relacionados con estas actividades.

Si tiene preguntas relacionadas con admisiones, denegaciones y apelaciones de pacientes hospitalizados, incluidas aquellas relacionadas con servicios de salud del comportamiento, puede llamar al número correspondiente que figura a continuación;o bien, comuníquese con atención al cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Departamento de Gestión de atención médica	1-800-338-4114
Administración de casos de salud del comportamiento	1-800-258-3186
Administración de casos	1-800-258-3175
TTY/TDD para las personas con impedimentos auditivos y del habla	1-800-750-0750 o número de marcado rápido 711

Las decisiones se basan únicamente en el uso apropiado de la atención y los servicios para usted y su cobertura. No hay ningún tipo de recompensa o incentivo directo o indirecto para que los proveedores u otras personas que participan en la toma de decisiones denieguen o limiten la cobertura o el servicio. Nosotros no brindamos incentivos financieros por aquellas decisiones que deriven en un uso menor de la atención o de los servicios.

Cómo administrar y mejorar su salud

Visite MedMutual WELL en My Health Plan (Mi plan de salud) para conocer programas y herramientas que le ayudarán a mantener o mejorar su salud y bienestar.complete nuestra breve evaluación de salud en línea para identificar sus riesgos de padecer ciertas enfermedades crónicas. También recibirá consejos e información para ayudarle a administrar y mejorar su salud. Para hacer un seguimiento de los cambios en su estado de salud, le recomendamos que complete la Evaluación de salud una vez al año.

También encontrará artículos, recetas saludables, desafíos de acondicionamiento físico y clases en línea sobre una variedad de temas de salud y bienestar.

Encuentre MedMutual WELL en la pestaña Healthy Living (Vida saludable) en MedMutual.com/Member.

¿Puedo obtener ayuda si tengo una afección crónica?

Sí. Medical Mutual ofrece una variedad de programas flexibles para ayudar a los miembros con afecciones crónicas, como diabetes, hipertensión, asma y más. Estos programas, que incluyen opciones digitales o telefónicas, pueden ayudarle a comprender su afección, involucrarse más con su atención, realizar cambios saludables en su estilo de vida y mejorar su calidad de vida.

También ofrecemos programas de asesoramiento sobre temas como el control del peso y la reducción del estrés para ayudarle a mejorar su salud y bienestar.

Para obtener más información sobre estos programas, inicie sesión en My Health Plan (Mi plan de salud) y haga clic en la pestaña Healthy Living (Vida saludable).

¿Cómo podemos mi cuidador o yo obtener ayuda si tengo un evento o una afección médico(a) complicado(a)?

Los administradores de casos de enfermería registrados en nuestro programa de Administración de casos están disponibles para ayudarlo a usted o a su cuidador a encontrar recursos y servicios, comunicarse con su equipo de atención médica y monitorear su progreso para asegurarse de que los servicios sean apropiados y efectivos. Este programa voluntario se ocupa de las opciones y necesidades de atención médica de los miembros que tienen enfermedades complejas o afecciones incurables o que limitan la vida, tales como cáncer, enfermedades cardíacas, enfermedades renales crónicas, trasplantes y muchas otras.

Los enfermeros de Administración de casos también están disponibles para ayudar a coordinar la atención, proporcionar información sobre los servicios comunitarios locales y brindar educación sobre su afección.

Puede hablar con un enfermero profesional administrador de casos de lunes a viernes, de 8: 00 a. m. a 5: 00 p. m. (hora del Este). Encontrará su número en la tabla de la página 7.

¿Cómo puedo recibir atención y cobertura médicas cuando estoy lejos de mi hogar?

Si se enferma o tiene un accidente mientras se encuentra lejos de su hogar, use nuestra herramienta Find a Provider (Encontrar un proveedor) en My Health Plan (Mi plan de salud) o nuestra aplicación móvil, o comuníquese con atención al cliente para ubicar a un médico u hospital de la red. Si se trata de una emergencia médica, acuda a la sala de emergencias más cercana o, si fuera necesario, llame al 911.

Si es miembro de un plan HMO o EPO, solo tiene cobertura fuera de red para servicios de emergencia. Usted será responsable de pagar el total de los cargos fuera de la red que no sean de emergencia.

¿Qué es una instrucción anticipada (p. ej. , testamento en vida, poder notarial, orden de no reanimación)?

Una instrucción anticipada es un documento legal que se utiliza para informar a los médicos, al personal del hospital, a su familia o a su representante sobre el tipo de atención médica que usted desea recibir si pierde el conocimiento o si no puede comunicarse. Existen tres tipos de instrucciones anticipadas: testamento en vida, poder notarial para atención médica y orden de no reanimación (Do Not Resuscitate, DNR). Para obtener más información sobre cómo establecer una instrucción anticipada, comuníquese con National Alliance for Care at Home en allianceforcareathome.org o nhpco.org.

¿Dónde puedo encontrar un formulario de reclamo y cómo envío un reclamo?

Los proveedores de la red deben presentar un reclamo en su nombre. Si usted acude a un médico, hospital o proveedor que no forman parte de la red de su plan, solicíteles que presenten un reclamo en su nombre utilizando un formulario de reclamo estándar.

Para encontrar formularios de reclamo:

- Visite MedMutual.com y elija Member Forms (Formularios para miembros) en la parte inferior de la página.
- Ingrese a My Health Plan (Mi plan de salud). A continuación, elija Resources & Tools (Recursos y herramientas), y luego Forms (Formularios).
- Comuníquese con atención al cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Si el proveedor no va a presentar el reclamo en su nombre, comuníquese con atención al cliente o ingrese en My Health Plan (Mi plan de salud) para obtener un formulario de reclamo. Deberá completar el formulario de reclamo y adjuntar una factura detallada que incluya el nombre y apellido del paciente, el diagnóstico, el procedimiento, la fecha del servicio, un desglose de los honorarios y el nombre y la dirección del médico o centro. Envíe el formulario completo a la dirección que figura en el formulario, dentro del plazo indicado en su Certificado o Cuadernillo de beneficios.

Si recibe atención en un hospital o proveedor fuera de los Estados Unidos, obtenga una copia de todos sus registros médicos y una factura detallada. Envíe sus formularios de reclamo, facturas, registros médicos y constancia de pago a la dirección de su tarjeta de identificación. Recuerde que la cobertura y las restricciones de los beneficios continuarán siendo aplicables mientras usted esté de viaje. Consulte su Certificado o Cuadernillo de beneficios para obtener detalles.

¿Cómo puedo formular una pregunta o presentar una queja?

Queremos asegurarnos de que nuestros miembros estén satisfechos con la atención y el servicio que reciben. Si tiene algún problema o preocupación, puede hacer lo siguiente:

- Comuníquese con atención al cliente.
- Envíe un correo electrónico al departamento de atención al cliente a través My Health Plan (Mi plan de salud) haciendo clic en Contact Us (Contáctenos).
- Envíe una carta a su administrador de beneficios o empleador, o a Medical Mutual, 100 American Road, Cleveland, OH 44144.

Seguiremos el procedimiento de revisión de quejas descrito en su Certificado o Cuadernillo de beneficios.

¿Puedo presentar una queja en cualquier otra parte?

Si corresponde de acuerdo con su plan de salud, puede comunicarse con el Departamento de Seguros (department of insurance, DOI) de su estado. Puede encontrar la información de contacto en el sitio web de su estado, en la sección de organismos estatales de su guía telefónica o si llama a nuestro equipo de atención al cliente. Si su queja es sobre una denegación, reducción o cancelación de un beneficio o servicio, y usted sigue en desacuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una queja ante el DOI una vez agotados todos los derechos de apelación.

En general, los miembros de los grupos autofinanciados (excepto los planes de beneficios de empleados públicos) no deben presentar una queja ante el DOI. Para obtener información sobre cómo presentar una queja, comuníquese con el funcionario del grupo o con su empleador, consulte su Certificado o Cuadernillo de beneficios, o comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (dol. gov/ebsa).

¿Cómo puedo presentar una apelación si mis reclamos, servicios solicitados o elegibilidad han sido rechazados?

- Si forma parte de un grupo autofinanciado, consulte su Cuadernillo de beneficios para saber cómo presentar una apelación.
- Todos los demás miembros pueden consultar el siguiente proceso de apelación.

Como miembro, podrá ejercer su derecho a apelar una denegación del pago de un reclamo o de la aprobación de un servicio o procedimiento, según las leyes estatales y federales vigentes. No se cobra ningún cargo por presentar una apelación.

Su apelación debe presentarse en el plazo de los 180 días posteriores a la fecha en que recibió originalmente la denegación. Puede encontrar formularios de apelación para miembros en Forms (Formularios), en la sección Resources & Tools (Recursos y herramientas) de My Health Plan (Mi plan de salud) o si se comunica con atención al cliente. En el formulario se incluyen instrucciones para completarlo y enviar su apelación. Para respaldar su apelación, envíe los registros, las notas del consultorio médico, las fotografías, las radiografías odontológicas o los informes radiológicos que le gustaría que fueran considerados.

La solicitud de apelación debe ser presentada por el paciente, a menos que este sea menor de edad (en cuyo caso, el padre, la madre o un tutor legal del paciente podrán presentar la apelación), haya nombrado a una persona mediante la firma de un poder notarial para que lo represente o haya autorizado a otra persona a actuar como su representante.

Para apelar una denegación de servicios que necesita de forma inmediata, llame al departamento de Gestión de atención médica o de Salud del comportamiento (consulte la página 7). Las apelaciones sobre atención de urgencia serán resueltas en un plazo de 72 horas, al igual que las apelaciones sobre la atención que necesita mientras se encuentra hospitalizado (o antes, si así lo exigen las leyes aplicables). Nuestra decisión sobre todas las apelaciones no urgentes se tomará en el plazo de los 30 días posteriores a la fecha en que recibamos su solicitud de apelación (o antes, si así lo exigen las leyes aplicables). Recibirá nuestra decisión por escrito. Si nuestra decisión original no se anula, recibirá una notificación sobre todos los derechos adicionales de apelación que pueda tener.

¿Podría el Departamento de Seguros (DOI) revisar mi caso si es denegado?

Según el tipo de plan de salud que tenga y el motivo por el que se rechazó el pago de un reclamo o la aprobación de un servicio o procedimiento, podría estar disponiblela revisión del caso por parte del DOI. En primer lugar, debe presentar su apelación ante nosotros. Si su apelación ha sido revisada y continúa siendo rechazada, usted o un representante autorizado (persona autorizada por usted para presentar apelaciones en su nombre) serán informados sobre cualquier derecho adicional de apelación, incluidas instrucciones sobre cómo y dónde presentar su solicitud de revisión por parte del DOI de su estado, si dicha revisión está disponible.

¿Cómo puedo obtener una revisión externa independiente de mi reclamo o solicitud de servicio o procedimiento denegado sin costo alguno?

Dependiendo de su plan de salud, usted podría reunir los requisitos para una revisión externa por parte de una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO) si el servicio relacionado con su apelación cumple ciertas condiciones establecidas por las leyes estatales o federales vigentes. Primero, debe agotar nuestro proceso de apelaciones internas con Medical Mutual, a menos que sea elegible para ejercer nuestros derechos de revisión externa de forma concurrente o inmediata. Se le informará por escrito sobre sus derechos de revisión externa como parte de nuestra decisión inicial respecto de la apelación. También se le informará el plazo con el que cuenta desde la fecha de recepción de nuestra decisión inicial en cuanto a su apelación para solicitar una revisión externa. Las IRO resolverán casos urgentes y no urgentes en los plazos establecidos por las leyes y reglamentaciones estatales o federales vigentes. Se le notificará por escrito sobre la decisión de la IRO.

¿Cuáles son mis derechos de apelación?

Para los miembros de un plan de la Ley de Seguridad de Ingresos Jubilatorios del Empleado (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), el administrador del grupo tiene la obligación de administrar el plan de acuerdo con sus disposiciones por escrito. Los miembros de un plan ERISA también tienen el derecho, según lo indica la Sección 502(a) de ERISA, de iniciar una acción civil después del rechazo de una apelación.comuníquese con el administrador de su grupo para saber si usted está afectado por la Ley ERISA o para obtener más información. Cualquier ley de prescripción que resulte aplicable para ejercer su reclamo en los tribunales será suspendida durante el período de la apelación voluntaria adicional (si su plan incluye una apelación voluntaria). Si decide seguir adelante con unaapelación voluntaria (si su plan la incluye), no necesita agotar esta opción antes de presentar un reclamo ante los tribunales.

Si es titular de una póliza individual, su plan no está sujeto a la Ley ERISA, por lo cual sus derechos son diferentes de los que están disponibles para un miembro de un plan de la Ley ERISA. Consulte su Cuadernillo de beneficios para obtener más información.

Si es miembro de un plan de salud patrocinado por una entidad pública (por ejemplo, escuelas públicas, gobiernos), su plan tampoco está sujeto a la Ley ERISA. Consulte su Cuadernillo de beneficios para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

¿Qué hace Medical Mutual para mejorar la calidad de la atención médica?

Trabajamos continuamente para promover y mejorar la calidad de la atención médica para los miembros a través de nuestro programa de mejora de la calidad, que respalda nuestra misión de proporcionar excelencia clínica a un costo razonable y mejorar los resultados de los pacientes. Nuestros objetivos son los siguientes:

- Mejorar, monitorear y evaluar continuamente la calidad y seguridad de los servicios de atención médica para los miembros, garantizando que tengan acceso confiable a una atención de alta calidad.
- Brindar información clínica a los miembros y proveedores.

- Utilice los comentarios sobre la experiencia y satisfacción de los miembros para identificar brechas en la atención, mejorar la prestación de servicios e implementar mejoras dirigidas que satisfagan mejor las necesidades y expectativas de los miembros.
- Alcanzar y mantener la acreditación del plan de salud.

En ocasiones, Medical Mutual realiza encuestas a miembros, por ejemplo acerca de su satisfacción con su plan de salud. Nos complace recibir respuestas completas, las cuales nos permiten mejorar nuestros servicios.

¿Cómo debería cambiar la atención de mi hijo cuando cumpla 18?

A los 18 años, los hijos se consideran adultos en lo que respecta a la atención de la salud. Si su hijo aún no lo hizo, recomiéndele que cambie la atención pediátrica por un médico u otro proveedor de atención médica que se especialice en la atención de adultos. completar esta transición permite garantizar que se administre la atención apropiada en el entorno apropiado, en función de las nuevas necesidades del dependiente. Los servicios acordes a la edad incluyen nuevas vacunas y refuerzos, así como exámenes preventivos importantes.

Una vez que un miembro cumple 18 años, debe crear su propia cuenta de My Health Plan (Mi plan de salud) en MedMutual.com/Member. Luego, pueden usar la herramienta Find a Provider (Encontrar un proveedor) para encontrar un proveedor de atención primaria (PCP) para adultos. Nuestros equipos de atención al cliente también están disponibles para ayudarlo.

> **La aplicación móvil MedMutual facilita el acceso a la información de sus beneficios desde cualquier lugar.**

Derechos del miembro

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro?

Como miembro de Medical Mutual, tiene ciertos derechos y responsabilidades. Familiarizarse con ellos le ayudará a participar en su propia atención médica, lo que finalmente le dará poder para tomar las mejores decisiones posibles con respecto a su atención médica.

Tenga en cuenta que respaldamos los derechos y las responsabilidades del miembro, que definimos como su función al trabajar con nosotros para lograr un resultado médico de alta calidad con buena relación costo-beneficio. Le recomendamos que revise estas pautas para ser un consumidor informado acerca de la atención médica.

Para obtener una copia impresa de los derechos y las responsabilidades del miembro, llame a nuestro equipo de atención al cliente al número que figura en su tarjeta de identificación. Este documento también se encuentra disponible en nuestro sitio web, MedMutual.com/MemberRights.

Divulgación de la información

- Tiene derecho a recibir información precisa y fácil de entender sobre su plan de salud, los proveedores, los servicios cubiertos, la responsabilidad financiera, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y las instrucciones anticipadas (p. ej. , testamento en vida, poder notarial para atención médica), además de sus derechos y responsabilidades.
- Tiene derecho a recibir información sobre nosotros. Según lo que corresponda a su plan, tiene derecho a recibir información sobre los servicios proporcionados en nombre de su empleador o patrocinador del plan, así como sobre nuestro personal, las calificaciones del personal y toda relación contractual.
- Podrá decidir solicitar a otra persona que le ayude o actúe en su nombre si usted no puede desempeñarse solo en cualquier paso del proceso de atención médica.
- Si el inglés no es su idioma nativo, si tiene alguna discapacidad o si no entiende su plan de salud o su atención médica, podemos brindarle ayuda para que pueda tomar decisiones de atención médica informadas.

Acceso a servicios de emergencia

- Si siente un dolor intenso, sufre una lesión o experimenta una enfermedad repentina que lo lleva a pensar que su salud se encuentra en grave peligro, tiene derecho a que lo examinen y estabilicen por una afección médica de emergencia en un establecimiento que brinde dicha atención.
- Cuando sufre una lesión o siente dolor intenso o experimenta una enfermedad repentina que lo lleva a creer que su salud se encuentra en grave peligro, no necesita nuestra aprobación previa para solicitar atención de emergencia.
  - Cuando recibe servicios en una sala de emergencias por atención de emergencia, no tiene la obligación de consultar con un proveedor de la red y no se le cobrará una sanción por el uso fuera de la red por recibir servicios de atención de emergencia de un proveedor fuera de la red.

Elección de proveedores

- Tiene derecho a elegir proveedores, hospitales, farmacias y demás establecimientos pertenecientes a nuestra red.
- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red que acepte nuevos pacientes.
- Tiene derecho a visitar a un especialista de nuestra red sin una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP).

Cobertura

- Si es miembro de un plan de salud grupal o de una póliza individual sin derechos adquiridos con años del plan que comiencen el 1.° de enero de 2014 o después de esa fecha, tiene derecho a recibir servicios cubiertos sin la consideración de afecciones preexistentes.
- Tiene derecho a que no se rescinda su póliza después de haber estado activa salvo en situaciones de fraude o tergiversación intencional, de acuerdo con las leyes estatales y federales, y los términos de su póliza.
- Tiene derecho a recibir ciertos beneficios de salud esenciales cubiertos por su plan de salud sin límites de dinero anuales.
- También tiene derecho a recibir los servicios cubiertos y los medicamentos con receta médica en un plazo razonable.
- Tiene derecho a recibir cobertura para un tratamiento en curso que está a la espera del resultado de la apelación de una decisión de cobertura que reduce o finaliza los beneficios para ese tratamiento.
- En cuanto a los servicios que se le prestan dentro de los términos de su plan, sus derechos incluyen el pago rápido y preciso de su reclamo.
- Usted tiene derecho a que las decisiones sobre su cobertura las tomen personas con experiencia en el área de la medicina en la que se encuentra su reclamo y que sean imparciales.

Participación en las decisiones de tratamiento y en su plan de salud

- Tiene derecho a hablar de forma confidencial con su proveedor de atención médica y a participar en la toma de decisiones sobre su atención.
- Tiene derecho a analizar francamente las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de los beneficios.
- Tiene derecho a rechazar un tratamiento médico o la participación en cualquier programa que ofrezcamos y a desafiliarse de los servicios que prestamos.
- Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre nuestra declaración de la póliza sobre Derechos y responsabilidades del miembro.
- Tiene derecho a limitar la información que su proveedor de atención médica comparte con su plan de salud si usted paga los servicios por cuenta propia y notifica al proveedor sobre su restricción.

Privacidad y confidencialidad

- Tiene derecho a ejercer todos los privilegios federales y estatales que protegen su información y registros personales y médicos. También puede ejercer sus derechos de privacidad según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de la Información de Salud (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA), sin riesgo alguno de represalias o condición de pago.
- Tiene derecho a la privacidad y confidencialidad en el uso de su información y registros personales y médicos.

Respeto y no discriminación

- Tiene derecho a recibir atención justa, considerada, cortés, respetuosa y no discriminatoria por parte de sus proveedores de atención médica, nuestros empleados y los representantes del plan. Tiene derecho a ser tratado con respeto y a que se reconozcan su dignidad y su derecho a la privacidad.
- También tiene derecho a solicitar ayuda si considera que el trato que recibe no es justo o sus derechos no están siendo respetados.
- No es necesario que renuncie a sus derechos para obtener beneficios de su plan de salud.

Solicitud de imposición de limitaciones al uso y la divulgación de información de salud protegida

- Tiene derecho a solicitar que su información reciba trato especial, es decir, puede solicitar limitaciones adicionales para su información cuando sea usada para el tratamiento, el pago u otras operaciones diarias. Tenga en cuenta lo siguiente: Medical Mutual of Ohio no tiene la obligación de aceptar esta limitación.
- Tiene derecho a consultar su información de salud protegida (protected health information, PHI) que nosotros mantenemos en un lugar designado o a recibir una copia de esta. Para acceder a su expediente médico completo, comuníquese con el médico o establecimiento que brindó el servicio.
- Tiene derecho a solicitar una enmienda a su información personal o médica. No podemos enmendar información que no hemos creado. Lo derivaremos al proveedor del servicio si usted solicita una enmienda a la información sobre su diagnóstico o tratamiento.
- Tiene derecho a obtener detalles de determinadas divulgaciones de su información efectuadas por nosotros y nuestros asociados comerciales en los últimos seis años.
- Tiene derecho a quejarse si cree que sus derechos han sido violados, incluido el derecho de quejarse ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Tiene derecho a recibir un Aviso de prácticas de privacidad que describa nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI.
- Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de forma confidencial sobre su información en un domicilio diferente del domicilio asociado a su póliza.

Quejas y apelaciones

- Tiene derecho a presentar sus quejas o apelaciones sobre nosotros, la atención que recibe y cualquier problema de calidad.
- Tiene derecho a comunicarnos sus quejas y recibir instrucciones sobre cómo utilizar el proceso de quejas que incluye nuestros estándares de puntualidad para responder y resolver quejas y problemas de calidad.
- Tiene derecho a solicitar y recibir, sin costo alguno, copias de la información y documentación que consideramos o en que nos basamos para tomar una decisión de cobertura.
- Tiene derecho a presentar una apelación por la denegación o la reducción de un beneficio o reclamo porque le dijeron que no era médicamente necesario, era experimental, se encontraba en fase de investigación, no era un beneficio de su plan de salud o involucraba una afección preexistente.
- Tiene derecho a presentar una apelación si se le niega cobertura debido a que no es elegible o debido a que su póliza fue rescindida después de volverse miembro activo.
- Tiene derecho a recibir una revisión y una resolución justas, objetivas y oportunas de una apelación; a ser informado sobre cómo se manejará la apelación según las leyes federales y estatales; y a ser notificado sobre cualquier límite de tiempo importante relacionado con la presentación de su apelación.
- Si está cubierto por un plan completamente asegurado, tiene derecho a solicitar que el Departamento de Seguros (DOI) de su estado realice una revisión de un servicio o beneficio denegado. Podría disponer de una revisión por parte del DOI de su estado si denegamos, reducimos o suspendemos la cobertura de un servicio sobre el cual le dijeron que no estaba cubierto, no era médicamente necesario, era experimental o se encontraba en fase de investigación.

- Una vez agotadas las apelaciones internas, podrá tener derecho a una revisión externa de una Organización de revisión independiente (IRO). Este derecho podría existir si denegamos, reducimos o suspendemos la cobertura de un servicio con base en su necesidad médica, idoneidad de la atención, entorno de atención médica, nivel de atención, eficacia de un beneficio cubierto, o determinación de servicio experimental o en fase de investigación. Este derecho depende del tipo de plan de salud que usted tenga. Revise su Certificado o Cuadernillo de beneficios, o comuníquese con nosotros o con su administrador del plan de salud para saber si este derecho y los procesos para ejercer este derecho se aplican a su plan de salud.

Responsabilidades del miembro

- Cuando hable con nosotros o con su proveedor, proporcione toda la información que sea necesaria para su atención médica.
- Cuando hable con nosotros o con su proveedor, entienda sus problemas de salud y participe en el desarrollo de un plan de tratamiento y de objetivos mutuamente acordados que funcionen para usted y su proveedor de salud, en la medida de lo posible.
- Cuando hable con nosotros o con su proveedor, siga el plan y las instrucciones de atención médica acordados.
- Elija un proveedor de atención primaria que acepte nuevos pacientes y pueda coordinar los servicios médicos si su plan lo requiere o aconseja.
- Asuma la responsabilidad de mejorar o mantener hábitos de estilo de vida saludables que incluyen realizar ejercicios, no fumar, controlar el estrés, seguir una dieta saludable, beber alcohol solo con moderación y respetar pautas de seguridad.
- Aprenda cómo manifestar una queja y presentar una apelación.
- Infórmese sobre sus opciones de cobertura, limitaciones y exclusiones revisando los recursos que tiene a su disposición.
- Conozca las normas sobre el uso de los proveedores de la red, la cobertura y la aprobación previa según su plan.
- Aprenda cómo obtener información del sitio web de su plan de salud, el departamento de atención al cliente o el administrador de su plan de salud.
- Cumpla con sus obligaciones financieras hacia los proveedores que le brindan tratamiento.
- Infórmenos si sospecha que se ha cometido algún delito o fraude.
- Utilice de forma responsable los recursos de atención médica disponibles para usted.

¿Se ofrece respaldo para asistencia de idioma o para personas con impedimentos del habla?

Sí, ofrecemos asistencia para aquellas personas que no hablan inglés o que tienen necesidades especiales en relación con problemas de visión u oído. Si tiene una preferencia especial relacionada con la administración de su plan de salud o la atención médica, llame a nuestro centro de atención al cliente (o al TTY/TDD 1-800-750-0750 o al número de marcado rápido 711 para las personas con impedimentos auditivos y del habla). Si necesita material impreso con letras grandes, comuníquese con atención al cliente.

Hay asistencia con el idioma disponible para responder a sus preguntas y ayudarle a registrar una apelación o queja. Ofrecemos servicios telefónicos de traducción bilingüe y podemos responder a sus apelaciones o quejas en su idioma nativo.

Para solicitar asistencia de idioma, llame al centro de atención al cliente y comuníquele al especialista de atención al cliente que necesita asistencia con el idioma.

Aquellas personas que llamen por teléfono y que no hablen inglés serán derivadas a un servicio telefónico de interpretación de idiomas por el centro de atención al cliente.

¿Qué hace Medical Mutual para proteger mi derecho a la privacidad?

Tenemos políticas y procedimientos estrictos para proteger su información personal, incluida la información sobre su salud que está almacenada en nuestros sistemas informáticos y archivos. Usted puede ver nuestro Aviso de prácticas de privacidad en nuestro sitio web para obtener más información sobre la recopilación, el uso y la divulgación de la información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) de los miembros, y cómo acceder, enmendar o solicitar una restricción al uso o divulgación de su PHI por parte de Medical Mutual. Ingrese en MedMutual.com y busque el enlace de privacidad de la Ley HIPAA en el pie de página, o comuníquese con atención al cliente.

¿Cómo cambio mi información de contacto?

Puede cambiar su información de contacto (por ejemplo, dirección, número de teléfono, correo electrónico, proveedor de atención primaria) ingresando en My Health Plan (Mi plan de salud) en MedMutual.com/Member. Haga clic en My Profile (Mi perfil) y luego en Profile Settings (Configuración de perfil) para revisar la información y realizar cambios. También puede comunicarse con atención al cliente para hacer los cambios necesarios.

Si tiene cobertura a través de un plan de salud grupal, es posible que deba comunicarse con el patrocinador de su plan para realizar las actualizaciones necesarias.

¿Cómo puedo actualizar la información sobre los miembros de mi familia en mi plan?

Si tiene cobertura a través de su empleador, trabaje con su empleador para agregar o eliminar dependientes. Si tiene cobertura individual o familiar a través de un corredor, trabaje con su corredor para agregar o eliminar dependientes. Si tiene cobertura individual que compró directamente en Medical Mutual sin un corredor, o necesita asistencia, comuníquese con atención al cliente.

Cobertura de medicamentos con receta médica

¿Qué procedimientos debo seguir cuando compre medicamentos con receta médica?

1. Use una farmacia de la red. Los miembros existentes deben iniciar sesión en My Health Plan (Mi plan de salud), en MedMutual.com/Rx, y hacer clic en Sign on to Express Scripts (Iniciar sesión en Express Scripts). En el sitio web de Express Scripts, seleccione Find a Pharmacy (Buscar una farmacia) para localizar farmacias cercanas por código postal e identificar las farmacias preferidas de la red (si están disponibles). O llame al número de información de medicamentos con receta médica que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

   Si aún no es miembro pero desea saber qué farmacias están en nuestra red actual, visite MedMutual.com/FindAProvider y seleccione su tipo de plan. Seleccione la opción que corresponda a su caso para ser redirigido a la herramienta de búsqueda de farmacias.

2. Presente su tarjeta de identificación de miembro a su farmacéutico para asegurarse de que se estén utilizando sus beneficios.

3. Elija medicamentos que se incluyan en el vademécum de su plan. El vademécum contiene una amplia selección de medicamentos de marca y genéricos que podrían ayudar a reducir sus costos. Para ver los medicamentos cubiertos por su plan y cualquier deducible, copago y costo de bolsillo asociado, los miembros actuales pueden iniciar sesión en My Health Plan (Mi plan de salud) en MedMutual.com/Rx y hacer clic en el botón Sign on to Express Scripts (Iniciar sesión en Express Scripts). En el sitio web de Express Scripts, seleccione Prescriptions (Recetas) y, luego, Price a Medication (Cotizar un medicamento). Para obtener una descripción general de nuestros beneficios de medicamentos con receta médica, seleccione Benefits (Beneficios) y, luego, Benefits Overview (Descripción general de beneficios). O llame al número de información de medicamentos con receta médica que figura en su tarjeta de identificación.

   Algunos medicamentos pueden tener limitaciones u otros requisitos que deben cumplirse antes de que se proporcione la cobertura. Esto se analiza en el tema: "¿Existe alguna limitación para los medicamentos que mi médico pueda ordenar?".

Si aún no es miembro de Medical Mutual, puede encontrar información sobre nuestros vademécums disponibles y cualquier restricción o limitación asociada en MedMutual.com. Para planes individuales y familiares, seleccione Individuals and Families (Planes individuales y familiares) en la pestaña Insurance Plans (Planes de seguro), luego seleccione Medical (Atención médica) en Plans and Products (Planes y productos) y desplácese hasta la sección Prescription Drug Coverage (Cobertura de medicamentos con receta médica). Para obtener cobertura a través de su empleador, seleccione Employers (Empleadores) en el menú Insurance Plans (Planes de seguro) y seleccione Prescription Drug Information (Información sobre medicamentos con receta médica) en la sección Employer Resources (Recursos del empleador). O hable con el patrocinador de su plan de seguro de salud.

4. Consulte con su médico para asegurarse de que está usando el medicamento con mejor relación costo-beneficio para su afección. Cuando sea posible, use un medicamento genérico o de marca preferido si no hay un genérico disponible. En el tema "¿Existen otras maneras de reducir mis costos en medicamentos?", se analizan otras maneras de reducir los costos.
5. Pague su copago o coseguro, si corresponde.
6. Si toma medicamentos a largo plazo, es posible que su plan requiera que use la entrega a domicilio o utilice una farmacia que surta recetas de 90 días. Pídale a su proveedor una receta para un suministro de hasta 90 días con tres renovaciones, cuando corresponda. Consulte el tema "¿Cómo uso la entrega a domicilio para mis medicamentos de mantenimiento?"para obtener información adicional.

¿Y si tengo preguntas sobre mi cobertura de medicamentos con receta médica?

Si tiene preguntas sobre su cobertura de medicamentos con receta médica, llame al número de información de medicamentos con receta médica que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

También puede iniciar sesión en My Health Plan (Mi plan de salud), en MedMutual.com/Rx, y hacer clic en el botón Sign on to Express Scripts (Iniciar sesión en Express Scripts). En el sitio web de Express Scripts, seleccione Prescriptions (Recetas) y, luego, Price a Medication (Cotizar un medicamento). Desde aquí, puede buscar un nombre de medicamento para ver el costo, cualquier regla de cobertura aplicable e identificar alternativas preferidas. Para obtener una descripción general de nuestros beneficios de medicamentos con receta médica, seleccione Benefits (Beneficios) y, luego, Benefits Overview (Descripción general de beneficios).

¿Existen otras maneras de reducir mis costos en medicamentos?

Su copago podría variar si acude a una farmacia minorista de la red o si utiliza el beneficio de farmacia de entrega a domicilio. También podría haber un nivel de copago o coseguro específico para medicamentos con receta médica genéricos, de marca preferidos y/o no preferidos o especializados.

Siempre analice el uso de genéricos primero con su proveedor de atención médica. Los medicamentos genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) son tan seguros y eficaces como los medicamentos de marca correspondientes. Según su plan, generalmente tendrá una participación en los costos más baja para los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos en comparación con los medicamentos de marca no preferidos.

Si ya es miembro, puede consultar la cobertura de medicamentos y la información de precios para la entrega a domicilio y las farmacias minoristas iniciando sesión en My Health Plan (Mi plan de salud) en MedMutual.com/Rx. Haga clic en el botón Sign on to Express Scripts (Iniciar sesión en Express Scripts) y, luego, en Price a Medication (Cotizar un medicamento) en la pestaña Prescriptions (Recetas) . Luego verá la siguiente información:

- medicamentos del vademécum (los medicamentos preferidos de marca y genéricos de su plan);
- oportunidades de ahorros de costos personalizadas para sus medicamentos con receta médica y su plan de medicamentos con receta médica;
- alternativas calificadas según el mejor valor;
- opciones de ahorros de costos en medicamentos desde genéricos hasta de marca y/o en farmacias desde minoristas hasta con entrega a domicilio;
- determinar la disponibilidad de medicamentos genéricos.

También puede comunicarse con Express Scripts llamando al número de información de medicamentos con receta médica que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

¿Cómo uso la entrega a domicilio para mis medicamentos de mantenimiento?

Según su plan, es posible que deba usar la entrega a domicilio para sus medicamentos de mantenimiento (aquellos que toma durante tres meses o más). Consulte su Certificado o Cuadernillo de beneficios para obtener detalles. Aunque no esté obligado a hacerlo, puede ahorrar dinero en sus medicamentos de mantenimiento si utiliza la entrega a domicilio. Consulte el tema "¿Existen otras maneras de reducir mis costos en medicamentos?" para averiguar cómo buscar información sobre precios para venta minorista y entrega a domicilio. **Nota:** Si es miembro de un plan CLE-Care, debe surtir los medicamentos de pedido por correo a través de la farmacia de pedido por correo de MetroHealth. Visite MetroHealth.org/Pharmacy para obtener más información y descargar un formulario.

Puede inscribirse en el Programa de pago extendido de Express Script sin cargos adicionales. Esto le permite dividir su costo en tres pagos mensuales iguales mientras obtiene el monto total de su receta (pueden aplicarse limitaciones). Para obtener más información sobre el Programa de pago extendido, llame al número de información de medicamentos con receta médica que figura en su tarjeta de identificación.

Para comenzar a usar la entrega a domicilio, pídale a su proveedor de atención médica que le haga una receta para un suministro de hasta el máximo de días permitido por su plan, generalmente un suministro de 90 días, más renovaciones por hasta un año. Su proveedor de atención médica puede hacer su receta en forma electrónica o enviarla por fax directamente a Express Scripts; o usted puede enviar su receta por correo con un formulario de entrega a domicilio completo y el pago a Express Scripts. Puede comunicarse con el número de información de medicamentos con receta médica que figura en su tarjeta de identificación si necesita ayuda para transferir sus recetas a entrega a domicilio. También puede transferir su receta existente a pedido por correo en línea a través del sitio web de Express Scripts. Inicie sesión en My Health Plan (Mi plan de salud), en MedMutual.com/Rx, y haga clic en el botón Sign on to Express Scripts (Iniciar sesión en Express Scripts). Desde el sitio web de Express Scripts, seleccione Prescriptions (Recetas) y, luego, Pharmacy Options (Opciones de farmacia) para seleccionar los medicamentos que desea incluir en la entrega a domicilio.

Cuando haga un pedido a través de entrega a domicilio, su medicamento debe entregarse en aproximadamente ocho días (de 10 a 14 días si es una receta nueva). Tenga a mano un suministro suficiente de su medicamento cuando realice su pedido. Una vez que su proveedor de atención médica le haya enviado su receta, llame al número de información de medicamentos con receta médica que figura en su tarjeta de identificación para comunicarse con Express Scripts y confirmar que recibió su receta y para proporcionar información adicional sobre el pago y las alergias. Express Scripts no puede procesar su receta sin esta información. Puede verificar el estado de su pedido y solicitar renovaciones adicionales para recetas existentes y no vencidas visitando el sitio web de Express Scripts a través de My Health Plan (Mi plan de salud) o llamando al número de información de medicamentos con receta médica que figura en su tarjeta de identificación. Para obtener consejos útiles para comenzar con la entrega a domicilio, vea nuestro video en MedMutual.com/MailOrder o vea nuestro folleto en MedMutual.com/PrescriptionHomeDelivery.

¿Mi plan cubre los medicamentos especializados?

En la mayoría de los casos, su plan cubre medicamentos especializados. Para obtener el mejor precio y servicio, es posible que su plan requiera que use una de nuestras farmacias especializadas contratadas para surtir estas recetas: Accredo Specialty Pharmacy, Gentry Health Services o University Hospitals of Cleveland Specialty Pharmacy.

Además, al surtir medicamentos especializados en Accredo, Gentry o University Hospitals of Cleveland Specialty Pharmacy, solo se acumulará el monto que realmente pagó de bolsillo para su deducible anual o monto máximo de gastos de bolsillo. Por ejemplo, si su medicamento cuesta $500 y usted usó un cupón del fabricante para pagar $450 del costo, solamente se aplicará los $50 que pague de bolsillo para su deducible anual o monto máximo de gastos de bolsillo.

¿Existe alguna limitación para los medicamentos que mi médico pueda ordenar?

Algunos medicamentos pueden tener limitaciones de cantidad, exigir aprobación previa o tener otros requisitos que deben cumplirse antes de que su medicamento con receta médica sea cubierto. En algunos vademécums, ciertos medicamentos pueden estar excluidos de la cobertura y se denominan medicamentos no incluidos en el vademécum. Puede llamar al número de información de medicamentos con receta médica que aparece en su tarjeta de identificación y preguntar si su medicamento está sujeto a alguna limitación o requisito de aprobación previa. Para determinar las reglas de cobertura, inicie sesión en My Health Plan (Mi plan de salud), en MedMutual.com/Rx, y haga clic en el botón Sign on to Express Scripts (Iniciar sesión en Express Scripts). Para revisar sus notas de cobertura de medicamentos, seleccione Prescriptions (Recetas) y, luego, Price a Medication (Cotizar un medicamento).

Una revisión de cobertura es un proceso para considerar si las recetas que están cubiertas solo cuando son médicamente necesarias cumplen con los criterios para la cobertura. Para solicitar una revisión de cobertura, pídale a su proveedor de atención médica que complete una solicitud de autorización previa electrónica a través de su sistema de historia clínica electrónica (electronic health record, EHR). Para obtener asistencia u opciones alternativas de presentación, pídale a su proveedor de atención médica que visite el sitio web de Express Scripts en ESRX.com/PA o llame a Express Scripts al 1-800-417-1764 para coordinar una revisión.

La mayoría de los planes de beneficios de medicamentos con receta médica no cubren los productos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para uso cosmético o pérdida de peso.

¿Qué sucede si mi proveedor receta un medicamento que no está en el vademécum?

Hable con su médico o proveedor de atención médica para ver si el vademécum incluye un medicamento para tratar su afección. En la mayoría de los casos, su proveedor encontrará uno que satisfaga sus necesidades.

En el caso poco frecuente de que ninguno de los medicamentos cubiertos sea adecuado para usted y se requiera un medicamento no incluido en el vademécum, puede solicitar una excepción para cubrir el medicamento no incluido en el vademécum solicitando una revisión de cobertura. Pídale a su proveedor de atención médica que complete una solicitud de autorización previa a través de su sistema de historia clínica electrónica (EHR). Para obtener asistencia u opciones alternativas de presentación, pídale a su proveedor de atención médica que visite el sitio web de Express Scripts en ESRX.com/PA o llame a Express Scripts al 1-800-417-1764 para coordinar una revisión.

Si se hace una excepción en función de la necesidad médica, solo pagará el costo compartido aplicable de su plan (p. ej., genérico, de marca no preferido, especializado) por el medicamento no incluido en el vademécum. Si su proveedor no solicita una revisión de cobertura y usted surte una receta para un medicamento no incluido en el vademécum, pagará el costo total.

¿Cómo puedo presentar una apelación si mi medicamento con receta médica no se encuentra en el vademécum o fue denegado?

Las apelaciones por necesidad médica de un medicamento con receta médica son administradas por farmacéuticos o médicos autorizadosde Express Scripts. Las apelaciones deben enviarse junto con la información médica relacionada a la siguiente dirección dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la notificación de rechazo.
Las apelaciones relacionadas con asuntos urgentes se resolverán en el plazo de 72 horas.

Express Scripts

Attention: Clinical Appeals Department
P. O. Box 66588
St. Louis, MO 63166-6588
Teléfono: 1-800-935-6103
(de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p m., hora del Centro)
TTY: 1-800-716-3231
Fax: 1-877-852-4070

Las apelaciones relacionadas con la elegibilidad de membresía o medicamentos con receta médica excluidos deben enviarse a la dirección que figura a continuación o pueden enviarse electrónicamente iniciando sesión en My Health Plan (Mi plan de salud).

Medical Mutual

Member Appeals
P. O. Box 94580
Cleveland, OH 44101-4580
Fax: 1-216-687-7990 o 1-866-691-8260

Recibirá una notificación por escrito sobre la decisión respecto de su apelación.
Si nuestra decisión original no se anula, la notificación describirá todos los derechos adicionales de apelación que tiene.

¿Cómo presento un reclamo para una farmacia fuera de la red?

Si usted no puede usar una farmacia de la red o su farmacia no puede presentar su reclamo de forma electrónica a Express Scripts, puede presentar un reclamo dentro de los 12 meses de la compra de sus medicamentos. Consulte su Certificado o Cuadernillo de beneficios para asegurarse de que su plan cubra las farmacias fuera de la red.

Para enviar un reclamo de forma electrónica, inicie sesión en My Health Plan (Mi plan de salud) en MedMutual.com/Rx y haga clic en el botón Sign on to Express Scripts (Iniciar sesión en Express Scripts). Desde el sitio web de Express Scripts, seleccione Forms (Formularios) en la pestaña Benefits (Beneficios). Luego, haga clic en el botón Start a Claim (Comenzar un reclamo) para solicitar un reembolso. También puede solicitar un formulario de reclamo llamando al número de teléfono de información de medicamentos con receta médica que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Si tiene preguntas adicionales, envíe un correo electrónico al departamento de atención al cliente. Para enviarnos un correo electrónico, inicie sesión en MedMutual.com/Member y vaya a Contact Us (Contáctenos).

Terminología médica común

Monto autorizado: el monto más alto que cubriremos (pagaremos) por un servicio.

Coseguro: un porcentaje determinado que debe pagar cada período de beneficios una vez que pague el deducible. Este pago se realiza solamente por servicios cubiertos. Es posible que deba pagar un copago de todos modos.

Copago: el monto que usted paga a un proveedor de atención médica al momento de recibir los servicios. Es posible que deba pagar un copago por cada visita cubierta que haga a su médico, según su plan. No todos los planes tienen un copago.

Cargos cubiertos: cargos por servicios cubiertos que su plan de salud paga. Es posible que haya un límite en los cargos cubiertos si usted recibe servicios de proveedores fuera de la red de su plan.

Deducible: el monto que usted paga por los servicios de atención médica antes de que la aseguradora de salud pague. Los deducibles se determinan en función de su período de beneficios (por lo general, una vez por año).

HMO (Health Maintenance Organization, Organización para el Mantenimiento de la Salud): ofrece servicios de atención médica únicamente con proveedores específicos de la HMO. Con un plan HMO, es posible que tenga que elegir un médico de atención primaria. Este médico será su proveedor principal de atención médica. El médico lo derivará a otros especialistas de la HMO cuando sea necesario. Los servicios de proveedores fuera del plan HMO no están cubiertos, excepto en casos de emergencia.

Necesidad médica (médicamente necesario): servicios, suministros o medicamentos con receta médica que son necesarios para diagnosticar o tratar una afección médica. Además, una aseguradora debe decidir si esta atención:

- es aceptada como práctica estándar (no puede ser experimental o estar en fase de investigación);
- no se proporciona únicamente para satisfacer su comodidad o la de un proveedor;
- es el tipo de servicio apropiado en el tipo de centro más apropiado que se le puede brindar.

PPO (Preferred Provider Organization, Organización de Proveedor Preferido): tipo de plan de seguro que ofrece cobertura para los servicios de proveedores de atención médica que forman parte de la red del plan, así como cierta cobertura de proveedores que no forman parte de la red del plan.

Servicios preventivos en comparación con servicios médicos: los servicios preventivos son los que recibe antes de tener cualquier afección o problema relacionado. Son importantes para mantener su salud. Los servicios médicos están relacionados con el diagnóstico, la supervisión y el tratamiento de afecciones de salud.

Notice of Availability of Language Assistance and Auxiliary Aids and Services

MEDICAL MUTUAL®

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-382-5729 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-382-5729 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-382-5729 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Italian

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' 1-800-382-5729 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-382-5729 (TTY: 1-711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

French

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-382-5729 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Chinese

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-982-3117（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-382-5729 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

Arabic

العربيةتنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-382-5729 (TTY: 711)

Korean

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-382-5729 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Cushite/Oromo

HUBACHIISA: Yoo Afaan Oromoo dubbattu ta'e, tajaajiloonni gargaarsa afaanii bilisaa isiniif ni argamu. Deeggarsi dabalataa fi tajaajilootni mijaa'oo ta'an odeeffannoo bifa dhaqqabamaa ta'een kennuuf gargaaranis kaffaltii malee ni argamu. Gara 1-800-382-5729 (TTY: 711) tti bilbilaa ykn dhiyeessaa keessan haasofsiisaa.

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-382-5729 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți Română, aveți la dispoziție servicii de asistență lingvistică gratuite. De asemenea, sunt disponibile gratuit materiale și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea de informații în formate accesibile. Sunați la 1-800-382-5729 (TTY: 711) sau contactați-vă furnizorul.

Japanese

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-382-5729（TTY:711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Order Number: Z8188-MCA R8.25
Dept of Ins. Filing Number: Z8188-MCA R10.25

Dutch

LET OP: als je Nederlands spreekt, zijn er gratis taalhulpdiensten voor je beschikbaar. Passende hulpmiddelen en diensten om informatie in toegankelijke formaten te verstrekken, zijn ook gratis beschikbaar. Bel 1-800-382-5729 (TTY: 711) of spreek met je provider.

Pennsylvania Dutch

WICHDICH: Wann du Deitsch schwetzscht un hoscht Druwwel fer Englisch verschtehe, kenne mer epper beigriege fer dich helfe unni as es dich ennich eppes koschte zeelt. Mir kenne dich helfe aa wann du Druwwel hoscht fer heere odder sehne. Mir kenne Schtofft lauder mache odder iesier fer lese un sell koscht dich aa nix. Ruf 1-800-382-5729 (TTY: 711) uff odder schwetz mit dei Provider.

Ukrainian

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-382-5729 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника.

Navajo

BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné bizaad bíyáti' nílt'ǵǵ', t'áá jíík'ehgo saad bee áká anilyeedígíí t'áá hólǫ́. T'áá jíík'ehgo áká anilyeedígíí dóó bee haz'ánígíí t'áá hólǫ́, t'áá íiyisí bee t'áá ájík'ehgo. 1-800-382-5729 (TTY: 711) bich'į' hodíilnih dóó provider ni'doolníił.

Notice of Nondiscrimination and Accessibility Requirements: Discrimination is Against the Law

Medical Mutual of Ohio complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (consistent with the scope of sex discrimination described at 45 CFR § 92.101(a)(2)). Medical Mutual of Ohio does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Medical Mutual of Ohio:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages.

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact our Civil Rights Coordinator at CivilRightsCoordinator@MedMutual.com.

If you believe that Medical Mutual of Ohio has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator.

100 American Road
Cleveland, OH 44144

Call: 1-800-382-5729 (TTY: 711)
Email: CivilRightsCoordinator@MedMutual.com

You can file a grievance in person, by mail, or email. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator (who is also our Section 1557 Coordinator) is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

- Complaint forms are available at: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
- This notice is available at Medical Mutual's website: www.MedMutual.com

Questions about your benefits or other inquiries about your health insurance should be directed to Medical Mutual's Customer Care Department at 1-800-382-5729.

Products marketed by Medical Mutual may be underwritten by one of its subsidiaries, such as Medical Health Insuring Corporation of Ohio or MedMutual Life Insurance Company.

MEDICAL MUTUAL®
100 American Road
Cleveland, OH 44144-2322

MedMutual.com

©2026 Medical Mutual of Ohio
Z7068-COR R2. 26