



MEDICAL MUTUAL®



“
**¿Cómo aprovecho al máximo mis
beneficios de atención médica?**”

Guía de preguntas frecuentes de miembros

CONSERVE ESTE DOCUMENTO EN SU ARCHIVO.

Lo que debe saber acerca de sus beneficios de salud

Preguntas enfocadas en los beneficios de salud

2	Cobertura de beneficios	7	Atención de emergencia y fuera de horario
3	Costos de su atención médica	7	Presentar una queja
3	Elegir a un proveedor	8	Presentar una apelación
4	Servicios de atención primaria y de atención especializada	10	Derechos y responsabilidades del miembro
4	Recibir atención médica	14	Asistencia para personas con impedimentos auditivos o del habla
4	Números telefónicos del Departamento de Gestión de atención médica	15	Derechos de privacidad
7	Presentar un reclamo		

Tres términos de seguro que generalmente se malinterpretan

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. Igualmente es posible que deba pagar un copago.

Copago: el monto que 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 recibe servicios de proveedores fuera de la red de proveedores 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).

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

Medical Mutual of Ohio o Medical Health Insurance Company of Ohio suscriben nuestros productos.

¡Bienvenido a la familia!

En Medical Mutual®, desde hace mucho 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.

1

Como parte de este compromiso, queremos estar seguros de que nuestros miembros comprendan y aprovechen al máximo los beneficios que ofrecemos. Para ayudarle a obtener más información sobre nuestros servicios, le ofrecemos esta Guía de preguntas frecuentes de miembros a modo de herramienta de consulta rápida y fácil de utilizar.

Si usted es actualmente miembro y tiene preguntas adicionales, visite nuestro sitio web, Member.MedMutual.com e ingrese a nuestro sitio web seguro para miembros My Health Plan (Mi plan de salud). O llame al Centro de atención al cliente exclusivo al número que aparece en su tarjeta de identificación. Para obtener información sobre sus beneficios específicos, consulte su Certificado o su Cuadernillo de beneficios.

Si actualmente no es miembro, encontrará información y recursos adicionales disponibles en nuestro sitio web. También puede hablar con su empleador o corredor sobre los beneficios disponibles para usted.

Esperamos poder satisfacer sus necesidades de atención médica.

Cordialmente,



Rick Chiricosta

Director general, presidente y director ejecutivo
Medical Mutual



¿De qué cargos soy responsable cuando recibo servicios?

Amy, estudiante universitaria

2

R:

Según su plan de salud, usted podrá ser responsable de lo siguiente:

- Un copago en cada visita.
- Un deducible individual anual o un deducible familiar 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 establecimiento que no pertenezca a nuestra red.

Para averiguar cuánto podría tener que pagar, comuníquese con su proveedor de atención médica para recibir información sobre su diagnóstico y los procedimientos esperados, luego comuníquese con el Centro de atención al cliente para obtener más información sobre los servicios cubiertos.

¿Cómo sé si un determinado procedimiento, cirugía o servicio está cubierto por mi plan de salud?

Para conocer sus beneficios cubiertos, revise la sección de Programa de beneficios en su Certificado o Cuadernillo de beneficios. Su Certificado o Cuadernillo de beneficios también pueden estar disponibles en el sitio web de su plan o en My Health Plan (Mi plan de salud). Llame a nuestro Centro de atención al cliente si su servicio específico no aparece en el Programa de beneficios o exclusiones.

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

“Médicamente necesario” (o “necesidad médica”) se describe como un servicio, suministro o medicamento de venta bajo receta que es necesario para diagnosticar o tratar una afección que determinamos que reúne los siguientes criterios:

- Es una buena práctica médica, y no es experimental ni se encuentra en fase de investigación.
- No está destinado principalmente para satisfacer su comodidad o la de un proveedor.
- Es el suministro o nivel de servicio más adecuado que se le puede proporcionar de manera segura.

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 de venta bajo receta, significa que estos medicamentos son económicos en comparación con otros medicamentos de venta bajo receta que brindarán resultados clínicos similares.

Las exclusiones de la cobertura suelen incluir 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 para acceder a una lista completa de las exclusiones de su cobertura.

¿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. Una vez que numerosos expertos lleven a cabo esta evaluación, se toma una decisión respecto de la inclusión del nuevo servicio en la cobertura brindada a 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. Puede encontrar esta lista en My Health Plan (Mi plan de salud), haciendo clic en Prior Approval (Aprobación previa) en la pestaña Benefits & Coverage (Beneficios y cobertura).

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

Para obtener una lista de proveedores de la red:

- Ingrese a My Health Plan (Mi plan de salud) y seleccione Find a Provider (Buscar un proveedor).
- Llame a nuestro Centro de atención al cliente al número que figura en su tarjeta de identificación para solicitar un directorio impreso.
- Descargue nuestra aplicación móvil, disponible a través de iTunes o Google Play.

¿Qué sucede si no acudo a los proveedores de atención médica de mi plan de salud?

La mayoría de los planes exigen que usted opte por los médicos y hospitales de la red para que los servicios estén cubiertos al máximo nivel de beneficios.

Si usted acude a un médico o establecimiento fuera de la red, será responsable de pagar un deducible y un coseguro (el porcentaje de la factura del proveedor que debe pagar después de alcanzar su deducible) fuera de la red o los cargos que excedan el monto autorizado que nosotros normalmente pagaríamos por los servicios cubiertos. Usted también pagaría los cargos correspondientes a los servicios no cubiertos y los servicios que pudiéramos rechazar.

Si usted es miembro de un plan de salud HMO, no tiene cobertura fuera de red, excepto por los servicios de emergencia. Será responsable de pagar la totalidad de los cargos.

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

Para obtener información y conocer las calificaciones de los proveedores que pertenecen a la red de su plan de salud, llame al consultorio del proveedor o consulte lo siguiente:

- La herramienta My Care Compare (Comparación de mi atención) en My Health Plan (Mi plan de salud).
- La Academia de Medicina de su localidad.
- La Junta Médica del estado.
- El Directorio de especialistas médicos, disponible en la mayoría de las bibliotecas públicas.
- El sitio web de selección de médicos de la Asociación Estadounidense de Medicina: <https://apps.ama-assn.org/doctorfinder/>.

¿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.

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

Los proveedores de atención médica pueden decirle cuándo y cómo puede obtener servicios de atención especializada, de salud del comportamiento y hospitalarios. Consulte sobre trastornos de salud mental y abuso de drogas en su Certificado o Cuadernillo de beneficios. Puede encontrar información sobre especialistas mediante la herramienta My Care Compare (Comparación de mi atención) en My Health Plan (Mi plan de salud).

¿Necesito aprobación previa para determinados procedimientos?

Determinados servicios y medicamentos exigen una aprobación previa por necesidad médica antes de que se realice el procedimiento o se brinde el servicio, especialmente si el servicio se considera experimental o en fase de investigación y no es elegible para la cobertura. La aprobación previa no constituye garantía de pago; el pago está sujeto a 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 la pestaña 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 está dentro de la red, será responsable de comunicarse con nosotros para gestionar la aprobación previa. Si su proveedor no está dentro de la red, usted deberá obtener nuestra aprobación previa antes de proceder con el tratamiento.

Si tiene una hospitalización programada, una vez admitido en el hospital, nuestros enfermeros trabajarán con su proveedor para recopilar información sobre su afección. El Departamento de Gestión de utilización se asegura de que su tratamiento cumpla con el estándar de atención.

Nuestro personal de Gestión de utilización puede responder a sus consultas sobre procesos, problemas o requisitos, como admisiones hospitalarias, rechazos y apelaciones (incluidos los servicios y problemas de salud del comportamiento), de lunes a viernes, excepto los días feriados, de 8.15 a. m. a 4.15 p. m. (hora del este).

Para hablar con un enfermero del Departamento de Gestión de utilización o de Salud del comportamiento, comuníquese con uno de los números que se especifican en el siguiente cuadro:

Números telefónicos del Departamento de Gestión de atención médica	
Administración de casos	(800) 258-3175
Administración de casos de salud del comportamiento	(800) 258-3186
Gestión de utilización	(800) 338-4114
TTY/TDD para las personas con impedimentos auditivos y del habla	(800) 750-0750 o marcación rápida 711

¿Cómo podemos yo o mi cuidador obtener ayuda si experimento una afección médica grave o un evento médico de complejidad?

A través de nuestro Programa de administración de casos, contamos con enfermeros profesionales administradores de casos que lo ayudarán a usted o a su cuidador a acceder a recursos y servicios, a comunicarse con su equipo de atención médica, y a controlar su progreso para garantizar que los servicios sean adecuados y efectivos. Este programa voluntario se ocupa de las opciones de atención médica y las necesidades de los miembros que tienen enfermedades complejas o afecciones incurables o que limitan la calidad de vida.

Los enfermeros administradores de casos también están disponibles para ayudar a coordinar la atención médica, brindar información sobre los servicios comunitarios en su área y proporcionar información sobre su afección.

Para hablar con un enfermero profesional administrador de casos de lunes a viernes, excepto los días feriados, seleccione el número telefónico adecuado del cuadro del Departamento de Gestión de atención médica que figura en la página 4. Llame entre las 7.45 a. m. y las 4 p. m. (hora del este).

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

Si usted se enferma o tiene un accidente mientras se encuentra lejos de su hogar, llame al número específico que figura en su tarjeta de identificación para ubicar a un médico u hospital de la red o use nuestra herramienta Find a Provider (Buscar un proveedor) en My Health Plan (Mi plan de salud) o nuestra aplicación móvil. Si debe ser admitido en un hospital, llame al número de aprobación previa que figura en su tarjeta de identificación antes de su hospitalización. Si se trata de una emergencia médica, acuda a la sala de emergencias más cercana o, si fuera necesario, llame al 911.

¿Cómo puedo presentar una instrucción anticipada (p. ej., testamento en vida, carta poder, 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, Carta poder y orden de no reanimación (Do Not Resuscitate, DNR). Para obtener más información, comuníquese con la Organización Nacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (National Hospice and Palliative Care Organization, NHPCO) de forma telefónica llamando al (800) 658-8898 o por Internet visitando nhpco.org.

Para encontrar un proveedor de hospicio o cuidados paliativos en la red de Medical Mutual, ingrese a My Health Plan (Mi plan de salud) en Member.MedMutual.com. Haga clic en Find a Provider (Buscar un proveedor), luego busque "Physician" (Médico) o "Facility" (Establecimiento) en Provider Type (Tipo de proveedor), según la atención que necesite. Si busca por Physician (Médico), seleccione Hospice And Palliative Medicine (Hospicio y medicina paliativa) como su Specialty (Especialidad). Si busca por Facility (Establecimiento), seleccione Hospice Center (Centro de hospicio) como su Facility Type (Tipo de establecimiento). También podrá localizar un programa de hospicios o cuidados paliativos a través del enlace Find a Provider (Buscar un proveedor) en nhpco.org.

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. Además, lo instamos a analizar este asunto con su proveedor y su familia.

Para obtener información sobre sus beneficios personales, visite My Health Plan (Mi plan de salud) en:

Member.MedMutual.com



5

Todo lo que necesita, donde se encuentre.

Toda la información sobre su plan de salud se encuentra en un único y seguro sitio en línea: My Health Plan (Mi plan de salud) en MedMutual.com.

Con My Health Plan (Mi plan de salud) usted puede realizar lo siguiente:

- Ver, imprimir o descargar los reclamos de hasta 24 meses.
- Encontrar proveedores de la red.
- Ver los beneficios de su plan.
- Acceder a herramientas interactivas, y a información y programas de salud y bienestar.

Disfrute de los beneficios de olvidarse del papel:

- Reciba alertas mientras se procesan los reclamos.
- Protéjase del robo de identidad y del fraude postal.
- Reduzca el desorden en su hogar y ayude al medioambiente.

Descargue la aplicación móvil de Medical Mutual para ver, enviar por fax o por correo electrónico su tarjeta de identificación; para buscar un médico, hospital o establecimiento de atención médica de urgencia dependiendo de su ubicación actual; y para ver información sobre sus reclamos, deducibles y gastos de bolsillo.



¿De qué manera Medical Mutual mejora la calidad de la atención médica?

Greg, — gerente de sucursal bancaria

6

R:

Nosotros promovemos y mejoramos la calidad de la atención médica de los miembros a través de nuestro Programa de mejora de la calidad, el cual controla y evalúa la calidad y la seguridad de la atención médica que reciben nuestros miembros. Este programa también comunica a nuestros miembros información clínica importante.

Para garantizar que usted reciba la atención médica adecuada, contamos con un equipo de clínicos que colaboran en la revisión de determinadas pruebas, tratamientos u hospitalizaciones a través de un proceso denominado Gestión de utilización. Distribuimos una declaración de atención médica adecuada entre todos los empleados, el personal de gerencia y los médicos contratados que están relacionados con actividades de gestión de utilización.

Para ver la descripción del Programa de mejora de la calidad, visite MedMutual.com/QualityImprovement.

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

¿Cómo presento un reclamo?

La mayoría de los proveedores de la red presentarán un reclamo en su nombre. Si usted acude a un médico, hospital o proveedor que no estén en nuestra red, solicítele que presenten un reclamo en su nombre utilizando un formulario de reclamo estándar. Si el proveedor no va a presentar el reclamo en su nombre, comuníquese con el Centro de atención al cliente o ingrese a My Health Plan (Mi plan de salud) para obtener un formulario de reclamo. Complete el formulario de reclamo y adjunte la factura detallada que incluya el diagnóstico, el procedimiento, la fecha del servicio, los honorarios, y el nombre y domicilio del médico o establecimiento. Envíe el formulario completo a nuestra oficina en el plazo establecido en su Certificado o Cuadernillo de beneficios.

Si usted recibe atención en un hospital o de un médico fuera del país, obtenga una copia de todos sus registros médicos y una factura detallada. Si es necesario, solicite que sus registros y facturas se traduzcan al inglés. Envíe sus formularios de reclamo, facturas, registros médicos y constancia de pago a la dirección que aparece en su tarjeta de identificación. Recuerde que la cobertura de beneficios y las restricciones continuarán siendo aplicables. Consulte su Certificado o Cuadernillo de beneficios para obtener detalles.

¿Dónde puedo obtener un formulario de reclamo?

Puede obtener los formularios de reclamo si ingresa a My Health Plan (Mi plan de salud) y busca en la pestaña Resources & Tools (Recursos y herramientas) o si llama al Departamento de Atención al cliente.

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

Cuando se encuentre enfermo, herido o sienta que necesita atención inmediata, llame en primer lugar a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, 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 establecimiento de atención médica 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.

Los síntomas que pueden necesitar atención médica urgente o una visita a una clínica de su comodidad incluyen los siguientes:

- Señales de gripe.
- Señales de un esguince.
- Señales de una infección de senos nasales, oídos o vejiga.

¿Qué es una emergencia?

En una emergencia, los síntomas son lo suficientemente intensos y graves como para que una persona que no tenga capacitación médica, con un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda razonablemente esperar que el resultado sea cualquiera de los siguientes, si no se recibe atención médica inmediata:

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

Algunos ejemplos de emergencias son conmoción, dolor de pecho, ahogo, envenenamiento, pérdida de conocimiento, dolor agudo, sangrado incontrolable, alucinaciones, delirios e intento de dañarse a uno mismo o dañar a otros.

¿Cómo puedo recibir atención médica 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 dentro de las 24 horas posteriores a la emergencia para coordinar, de ser necesario, atención de seguimiento con un proveedor de la red. Si usted es admitido en un hospital, nuestro Departamento de Gestión de utilización trabajará con su proveedor para revisar su atención médica. No es necesario que se comunique con nosotros para solicitarnos aprobación previa en el caso de atención de emergencia.

¿Cómo puedo formular una pregunta o presentar una queja?

Si usted tiene algún problema o preocupación, puede seguir los siguientes pasos:

- Llamar al Departamento de Atención al cliente.
- Enviar un mensaje de correo electrónico al Departamento de Atención al cliente a través de nuestro sitio web haciendo clic en Contact Us (Contáctenos).
- Enviar una carta a su administrador de beneficios o empleador o a Medical Mutual, MZ: 22-2S-4807, 2060 East Ninth Street, Cleveland, Ohio 44115.

Cuando revisemos su queja, seguiremos el procedimiento de quejas descrito en su Certificado o Cuadernillo de beneficios.

Para obtener más información sobre los beneficios, llame al Departamento de Atención al cliente al número que figura en su tarjeta.



Ingrese a My Health Plan (Mi plan de salud) para controlar y mejorar su salud

Cuando se trata de su salud, averigüe cuál es su verdadera situación. Complete nuestra evaluación de salud en línea para saber cuál es el estado de su salud e identificar sus riesgos de padecer ciertas enfermedades crónicas. Reciba consejos y herramientas que le ayudarán a controlar y mejorar su salud.

Visite Member.MedMutual.com e ingrese a My Health Plan (Mi plan de salud) para buscar la evaluación de salud en su página de inicio. Si usted no tiene acceso a una computadora o a Internet, llame al Departamento de Atención al cliente para obtener copias de esta información.

Si no es usuario de My Health Plan (Mi plan de salud), inscríbese en Member.MedMutual.com. Haga clic en Register Now (Inscribirse ahora) en Log in to My Health Plan (Ingresar a mi plan de salud).

¿No es miembro? Pruebe una demostración de My Health Plan (Mi plan de salud) haciendo clic en Preview My Health Plan (Vista preliminar de mi plan de salud).

Para controlar los cambios en su estado de salud, complete la evaluación de salud una vez al año.

Si usted tiene problemas para coordinar una cita con un profesional de la salud, puede hacer lo siguiente:

- Completar el formulario Problem Scheduling an Appointment (Problemas para coordinar una cita médica) en My Health Plan (Mi plan de salud) en la sección Resources & Tools (Recursos y herramientas) en Forms (Formularios).
- Llamar al Departamento de Gestión de utilización (consulte el cuadro de los números telefónicos del Departamento de Gestión de atención médica que figura en la página 4).

¿Puedo presentar una queja en cualquier otra parte?

Si corresponde de acuerdo con su plan de salud, puede ponerse en contacto con el Departamento de Seguros 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 Centro de atención al cliente. Si su queja es sobre un rechazo, una reducción o una cancelación de un beneficio o servicio y usted sigue en desacuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Seguros una vez agotados todos los derechos de apelación.

Los miembros de los grupos autoasegurados (excepto por los planes de beneficios de empleados públicos) no deben presentar una queja ante el Departamento de Seguros. 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 usted forma parte de un sindicato autofinanciado u otro grupo autoasegurado, debe consultar su Cuadernillo de beneficios para saber cómo presentar una apelación.
- Todos los demás pueden remitirse al siguiente proceso de apelación.

Los miembros podrán ejercer su derecho a apelar un rechazo al pago de un reclamo, o a la aprobación de un servicio o procedimiento según las leyes vigentes del estado donde se vendió la póliza y las leyes federales correspondientes. 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 el rechazo. 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 llama al Departamento de Atención al cliente. En el formulario se incluyen instrucciones para completarlo, además del número de fax y la dirección postal para 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 a usted le gustaría que fueran considerados cuando se tome una decisión sobre su apelación.

Las apelaciones deben presentarse en el plazo de los 180 días luego de la fecha en que recibió originalmente el rechazo.

Una solicitud de apelación debe ser presentada por un paciente, a menos que este sea menor (en ese caso, un padre o tutor legal del paciente podrá presentar la apelación), haya firmado una carta poder para que una persona lo represente o haya autorizado a otra persona a actuar como su representante.

Para apelar un rechazo de servicios que necesita de forma inmediata, llame al Departamento de Gestión de utilización o de Salud del comportamiento (consulte el cuadro de los números telefónicos del Departamento de Gestión de atención médica que figuran en la página 4). Las apelaciones sobre atención médica urgente serán resueltas en un plazo de 72 horas, al igual que las apelaciones sobre la atención que necesita mientras se encuentra hospitalizado. Nuestra decisión sobre todas las apelaciones no urgentes será realizada en el plazo de los 30 días posteriores a la fecha en que recibamos su solicitud de apelación (o antes, en función de las leyes de su estado). Recibirá un aviso por escrito sobre nuestra decisión respecto de su apelación. 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 revisar mi caso si es rechazado?

Sí. Si rechazamos un reclamo, no aprobamos un servicio o procedimiento, o reducimos o finalizamos la cobertura de un servicio de atención médica porque no está cubierto según los términos de su póliza o Certificado y el Departamento de Seguros tiene jurisdicción sobre su plan, usted podrá tener la opción de presentar una consulta al Departamento de Seguros del estado donde se vendió su póliza.

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) será informado sobre cualquier derecho adicional de apelación, incluidas instrucciones sobre cómo y dónde presentar su solicitud de revisión por parte del Departamento de Seguros de su estado. El Departamento de Seguros podrá revisar los términos de su póliza o Certificado y determinará si el servicio de atención médica es un servicio cubierto. Si un problema médico debe resolverse antes de una determinación de cobertura, recibirá una notificación para que el problema médico sea debidamente revisado.

¿Cómo puedo obtener una revisión externa independiente de mi reclamo o solicitud de servicio o procedimiento rechazado 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 a menos que sea elegible para ejercer sus 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. Usted será notificado por escrito sobre la decisión de la IRO.

¿Cuáles son mis derechos como miembro de un plan ERISA?

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 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 usted decide proceder con una apelación voluntaria, no necesita agotar esta opción antes de ejercer su reclamo en los tribunales.

¿Cuáles son mis derechos como miembro de una entidad pública (escuelas y gobierno)?

Las entidades públicas no se encuentran sujetas a ERISA, por lo cual sus derechos son diferentes de aquellos disponibles para cualquier miembro de un plan ERISA. Consulte su Cuadernillo de beneficios para obtener más información.



¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro?



Brandy, —entrenadora personal en un centro de salud

R: Como miembro de Medical Mutual, usted 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 económico y de alta calidad. 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 Centro 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.

Derechos del miembro

Divulgación de la información

- Usted tiene derecho a recibir información precisa y fácil de entender sobre su plan de salud, proveedores, servicios cubiertos, responsabilidad financiera, promoción de la salud, prevención de enfermedades, instrucciones anticipadas (p. ej., testamento en vida, carta poder), además de derechos y responsabilidades.
- Usted tiene derecho a recibir información sobre nosotros. Según lo que corresponda a su plan, usted 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.

Elección de proveedores

- Usted tiene derecho a elegir proveedores, hospitales, farmacias y demás establecimientos pertenecientes a nuestra red.
- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria 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.

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.º de enero de 2014 o después de esa fecha, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos sin la consideración de afecciones preexistentes.

- Usted 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 de venta bajo receta en un plazo razonable.
- Usted tiene derecho a recibir cobertura para un curso de tratamiento en proceso pendiente del resultado de la apelación de una decisión de cobertura que reduce o finaliza los beneficios para ese curso de 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.
- Tiene derecho a que personas imparciales y con experiencia en el área de medicina en que se encuentra su reclamo tomen sus decisiones de cobertura.

Acceso a servicios de emergencia

- Si siente un dolor intenso, sufre una lesión o experimenta una enfermedad repentina que lo lleva a creer que su salud se encuentra en grave peligro, tiene derecho a ser revisado y estabilizado 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 se reciben 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 uso fuera de la red por recibir servicios de atención de emergencia de un proveedor fuera de la red.

Derechos del miembro (continuación)

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.
- Usted 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.
- También 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 esta declaración de la póliza sobre Derechos y responsabilidades del miembro.
- Tiene derecho a restringir 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.

Respeto y no discriminación

- Usted 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.

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.

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. **Importante: Medical Mutual of Ohio no tiene la obligación de aceptar esta limitación.**
- Tiene derecho a consultar o recibir una copia de su información de salud protegida que nosotros mantenemos en un lugar designado. Para acceder a su registro 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 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.
- Usted tiene derecho a quejarse si cree que sus derechos han sido violados, incluido el derecho a presentar una queja 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 información de salud protegida.
- Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de forma confidencial respecto de 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 las que confiamos para tomar una decisión de cobertura.
- Tiene derecho a presentar una apelación por el rechazo o la reducción de un beneficio o reclamo porque le informaron 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 apelaciónba ser informado cómo se manejará la apelación según las leyes federales y estatalesby a ser notificado sobre cualquier límite de tiempo importante relacionado con la presentación de su apelación.
- Si usted está cubierto por un plan completamente asegurado, tiene derecho a solicitar una revisión de un servicio o beneficio rechazado por parte del Departamento de Seguros (Department of Insurance, DOI) de su estado. Si rechazamos, reducimos o suspendemos la cobertura de un servicio sobre el cual le informaron que no estaba cubierto, no era médicamente necesario, era experimental o se encontraba en fase de investigación, usted podría disponer de una revisión por parte del DOI de su estado.
- 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 rechazamos, reducimos o suspendemos la cobertura de un servicio según necesidad médica, idoneidad de la atención, entorno de la 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 atención médica, 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 incluyan 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 al revisar 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 Servicios al cliente o su administrador del 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 traducción a otros idiomas o asistencia para personas con impedimentos del habla?

Vitali, técnico de automóviles

14

R:

Sí, ofrecemos asistencia para aquellas personas que no hablan inglés o que tienen necesidades especiales. Si tiene una preferencia especial relacionada con la administración de su plan de salud o para recibir atención médica, llame a nuestro Centro de atención al cliente (o al TTY/TDD [800] 750-0750 o al número de marcación rápida 711 para las personas con impedimentos auditivos y del habla).

La asistencia de idioma está disponible para responder a sus preguntas y ayudarlo a registrar una apelación o queja. Ofrecemos servicios telefónicos de traducción bilingüe y podemos responder a sus apelaciones o quejas en su idioma nativo, si no es inglés, cuando lo solicite. Para solicitar asistencia de idioma, llame al Departamento de Atención al cliente e informe al especialista de atención al cliente que necesita asistencia de idioma.

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

Para la ayuda de interpretación de lenguaje por favor póngase en (contacto) con el Servicio de Cliente al número localizado en su tarjeta de identificación.

¿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 de computación y archivos. Usted puede ver nuestro Aviso 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 sobre nuestro uso o divulgación de su PHI.

¿Cómo puedo ejercer mis derechos de privacidad?

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre sus derechos de privacidad. Busque el enlace de la HIPAA en el pie de página de nuestro sitio web o llame al Departamento de Atención al cliente.

¿Qué debo hacer si creo que mis derechos han sido violados?

Si usted siente que sus derechos han sido violados, llame al Departamento de Atención al cliente o complete el formulario que se encuentra en la sección de la HIPAA en MedMutual.com.

¿Cómo cambio mi información personal?

Puede cambiar su información personal (p. ej., dirección, número de teléfono) ingresando a My Health Plan (Mi plan de salud) en Member.MedMutual.com. Haga clic en My Profile (Mi perfil) y luego en Profile Settings (Configuración de perfil) para revisar la información y realizar cambios. También puede llamar al Departamento de Atención al cliente para hacer los cambios necesarios en su información personal.

¿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 necesita asistencia, comuníquese con el Departamento de Atención al cliente.

Si usted no tiene acceso a Internet o prefiere que le expliquen la información o se la brinden por escrito, llame al Centro de atención al cliente.

El material suministrado, incluidos los sitios web y enlaces, es únicamente para su información. No reemplaza el consejo médico profesional, el diagnóstico ni el tratamiento. 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.



Obtenga el máximo de sus beneficios médicos

Recuerde estos consejos para ahorrar dinero y maximizar sus beneficios:

- **Manténgase dentro de la red**

Para obtener el costo más bajo de gastos de bolsillo, consulte con médicos y hospitales dentro de su red. Utilice nuestra herramienta en línea My Care Compare (Comparación de mi atención) en Member.MedMutual.com para hacer una elección hoy mismo. O descargue nuestra aplicación móvil, disponible a través de iTunes o Google Play, y busque un proveedor en función de su ubicación actual.

- **Conozca qué está cubierto**

Revise sus beneficios en línea o hable con un especialista de atención al cliente para asegurarse de que un servicio esté cubierto.

- **Acuda a un establecimiento de menor costo**

Para lesiones o enfermedades menores, acuda a una clínica de su comodidad o a un establecimiento de atención médica de urgencia de la red, o hable con su médico.

- **Cuídese**

Aproveche los servicios preventivos cubiertos a un bajo costo o gratuitos. Revise sus beneficios en línea o hable con uno de nuestros especialistas de atención al cliente para obtener una lista completa de lo que cubre su plan.

Para obtener información sobre sus beneficios personales,
visite My Health Plan (Mi plan de salud) en:

Member.MedMutual.com

Sus preguntas tienen respuestas



MEDICAL MUTUAL®

2060 East Ninth Street
Cleveland, OH 44115-1355

