MEDICAL MUTUAL®

Guía de preguntas frecuentes para miembros

Aproveche al máximo sus beneficios del seguro de salud

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

- **Manténgase dentro de la red:** Para evitar costos más altos asociados con proveedores fuera de la red (hasta cargos completos si su plan no cubre proveedores fuera de la red), consulte a médicos y use hospitales de su red. Use nuestra herramienta de búsqueda en línea en My Health Plan (Mi plan de salud) para elegir un proveedor de la red hoy. O descargue nuestra aplicación móvil, disponible a través de Apple App Store o Google Play (busque MedMutual) y encuentre un proveedor en función de su ubicación actual.
- **Sepa 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 o averiguar si necesita aprobación previa.
- **Evite viajes innecesarios a la sala de emergencias:** 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.
- **Comprenda sus opciones de tratamiento:** Revise el material informativo disponible en nuestro portal de bienestar a través de My Health Plan (Mi plan de salud). Estos materiales se diseñaron para ayudarle a hablar con el médico y tomar decisiones compartidas acerca de lo que es mejor para sus necesidades de atención médica.
- **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 hable con uno de nuestros especialistas de atención al cliente para obtener una lista completa de lo que cubre su plan.

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 o a través de My Health Plan (Mi plan de salud).

Medical Mutual of Ohio o Medical Health Insurance Company 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.

¡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.

Como parte de este compromiso, queremos estar seguros de que nuestros miembros estén satisfechos con la atención y el servicio que reciben, y que 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 para miembros, a modo de herramienta de consulta rápida y fácil de utilizar.

Si usted actualmente es miembro y tiene preguntas adicionales, inicie sesión en nuestro sitio web seguro para miembros, My Health Plan (Mi plan de salud), en MedMutual.com/Member, o llame a nuestros especialistas de atención al cliente al número que figura en nuestra 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 línea en MedMutual.com. También puede hablar con su empleador o corredor sobre los beneficios disponibles para usted.

Esperamos poder satisfacer sus necesidades de atención médica.

Rick Chiricosta
Director general, presidente y director ejecutivo

Índice

2	Costos de su atención médica	8	Cómo presentar una queja
2	Cobertura de beneficios	9	Presentación de una apelación como miembro
3	Elección de un proveedor	10	Transición de su hijo a la atención médica de adultos
4	Servicios de atención primaria y de atención especializada	11	Derechos y responsabilidades del miembro
4	Cómo recibir atención médica	14	Asistencia para personas con impedimentos auditivos o del habla
5	Atención de emergencia y fuera de horario	14	Protección de la privacidad
7	Números telefónicos del Departamento de Gestión de atención médica	15	Cobertura de medicamentos de venta bajo receta
8	Presentación de un reclamo	17	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 y/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 establecimiento 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.

¿No es miembro? Obtenga más información.

Si aún no es un miembro y desea obtener más información acerca de servicios cubiertos y no cubiertos de Medical Mutual, las opciones de la red y las restricciones de los beneficios, revise el Resumen de beneficios y cobertura (SBC):

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

Visite MedMutual.com y haga clic en Find Now (Buscar ahora) en Find a Doctor (Buscar un médico) para consultar qué redes y proveedores están disponibles para usted, según el tipo de plan que necesita.

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

Para conocer sus beneficios cubiertos, revise la sección Programa de beneficios en su Certificado o Cuadernillo de beneficios, o en 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 de venta bajo receta.

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

- Es aceptada 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 apropiado en el tipo de establecimiento 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 de venta bajo receta, significa que estos medicamentos tienen una buena relación costo-beneficio en comparación con otros medicamentos de venta bajo receta 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 sobre beneficios específicos de su póliza es llamar al centro de atención al cliente y proporcionar la codificación médica que el consultorio de su médico usará en el reclamo, como los códigos para el servicio específico proporcionado (los códigos de Terminología Actual de Procedimientos [Current Procedural Terminology, 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.

Para realizar preguntas adicionales sobre beneficios específicos, llame al centro de atención al cliente al número que figura en su tarjeta de identificación.

"¿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 (Buscar un proveedor).
- Descargue nuestra aplicación móvil, disponible a través de Apple App Store o Google Play (busque MedMutual).
- Comuníquese con nuestros especialistas de atención al cliente llamando al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Si usted no es miembro, visite MedMutual.com y haga clic en Find Now (Buscar ahora) en Find a Doctor (Buscar un médico) para ver qué redes y proveedores están disponibles para usted, según el tipo de plan que necesita.

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

Nuestros planes le exigen que elija médicos (incluidos especialistas), hospitales y otros establecimientos, tales como laboratorios, clínicas de atención médica urgente y centros de radiología, que formen parte de la red, para que los servicios estén cubiertos con el máximo nivel de beneficios. Revise su tarjeta de identificación de miembro para ver el nombre de su red de proveedores y si es un plan PPO o HMO.

En un plan PPO, si usted acude a un médico o establecimiento 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. Usted también pagará los cargos correspondientes a los servicios que deneguemos, además de los cargos por servicios no cubiertos.

Si usted es miembro de un plan de salud HMO o un plan de salud con red reducida o local, no tiene cobertura fuera de la 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 otros proveedores de la red?"

Como miembro de Medical Mutual, puede encontrar información sobre los proveedores en la red de su plan de salud usando las herramientas Find a Provider (Buscar un proveedor) o My Care Compare (Comparación de mi atención) en My Health Plan (Mi plan de salud) o en la aplicación móvil de MedMutual. Los tipos de proveedores incluyen médicos, terapeutas y consejeros, hospitales, centros de atención urgente, proveedores de equipos médicos duraderos y más. Esta información incluye la siguiente:

- Nombre, dirección y número de teléfono
- Competencias profesionales
- Especialidades
- Facultad de medicina a la que asistió
- Afiliación hospitalaria
- Certificación de la junta médica
- Premios y reconocimiento, como 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)

La información de residencia de los proveedores se encuentra disponible llamando al servicio de atención al cliente.

Si usted no es miembro, puede encontrar información similar en MedMutual.com/FindADoctor.

"¿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. Para solicitar servicios de atención primaria, comuníquese con un proveedor de atención primaria de la red de su plan. Para encontrar un proveedor de atención primaria en la red de su plan, inicie sesión en My Health Plan (Mi plan de salud) y haga clic en Find a Provider (Buscar un proveedor).

"¿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, incluidos terapeutas y especialistas en adicción, en la red de su plan. Puede encontrar información sobre especialistas de la red mediante Find a Provider (Buscar un proveedor) o My Care Compare (Comparación de mi atención) en My Health Plan (Mi plan de salud) o en la aplicación móvil MedMutual. Además, el proveedor de atención primaria puede decirle cuándo y dónde obtener servicios de salud del comportamiento, especializados 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 en la red, ingrese en My Health Plan (Mi plan de salud) en MedMutual.com/Member o en su aplicación móvil. Haga clic en Find a Provider (Buscar un proveedor) y luego busque 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).

"¿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 por correo electrónico/chat seguro en My Health Plan (Mi plan de salud). Trabajaremos con usted para determinar la causa del problema, lo que nos ayudará a mejorar la calidad de nuestras redes.

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

Cuando se encuentre enfermo, lesionado 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. Puede encontrar un establecimiento de atención urgente de la red mediante nuestra herramienta Find a Doctor (Buscar un médico), seleccionando "Urgent Care Center" (Centro de atención de urgencia) como tipo de establecimiento.

Los síntomas que podrían 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.

Es posible que su plan de salud también ofrezca una línea telefónica de enfermería las 24 horas para obtener ayuda en situaciones que no sean de emergencia. Consulte la tarjeta de identificación de miembro para obtener el número de teléfono, si se aplica a su plan.

"¿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.

Para obtener información sobre sus beneficios personales, visite My Health Plan (Mi plan de salud) mediante la aplicación móvil de MedMutual.

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 a través de nuestra aplicación móvil.

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

- Ver información de la cuenta en tiempo real, como el deducible y las acumulaciones de coseguro.
- Ver y descargar documentos del plan, como el Certificado o Cuadernillo de beneficios y el Resumen de beneficios y cobertura (SBC).
- Informarnos quién es su proveedor de atención primaria, lo que nos ayudará a asegurarnos de que obtenga la atención y los servicios que necesita.
- Calcular los costos de los servicios de atención médica habitual.
- Acceder a descuentos o inscribirse en programas y servicios, tal como Weight Watchers y QuitLine, nuestro programa para dejar de fumar.
- Gestionar sus preferencias de comunicaciones y evitar el papel para materiales como Explicaciones de beneficios, documentos del plan y recordatorios de salud y bienestar.

Descargue nuestra aplicación móvil, disponible a través de Apple App Store o Google Play (busque MedMutual) para hacer lo siguiente:

- Acceder a su tarjeta de identificación digital, que puede compartir con sus proveedores.
- Buscar un médico, hospital o establecimiento de atención urgente según su ubicación.
- Ver la información sobre sus reclamos, deducibles y gastos de bolsillo.

Si usted no es usuario de My Health Plan (Mi plan de salud), inscríbase en MedMutual.com/Member y luego haga clic en Register for an Account (Registrarse para obtener una cuenta). ¿No es miembro? Pruebe una demostración haciendo clic en Launch Demo Account (Iniciar cuenta de demostración).

Cómo administrar y mejorar su salud

Ingrese en MedMutual.com/Member e inicie sesión en My Health Plan (Mi plan de salud) para encontrar diversos programas y herramientas que le ayudarán a coordinar o mejorar su salud y bienestar, incluida nuestra Evaluación de salud en línea. Responder este breve cuestionario puede ayudarle a obtener información sobre su estado de salud e identificar sus riesgos de contraer 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.

Además de la Evaluación de salud, el portal de bienestar ofrece información educativa sobre cómo controlar afecciones crónicas, hablar con el médico sobre sus opciones de atención médica y una amplia variedad de otros temas.

Inicie sesión hoy en MedMutual.com/Member.

"¿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 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 14 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 Utilización trabajará con su proveedor para revisar su atención médica. No es necesario que se comunique con Medical Mutual para solicitarnos 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. 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.

Si usted aún no es miembro de Medical Mutual, puede revisar esta información a través de la demostración de My Health Plan (Mi plan de salud). Visite MedMutual.com/Member y haga clic en Launch Demo Account (Iniciar cuenta de demostración), y luego siga los pasos indicados anteriormente.

"¿Cómo obtengo la aprobación previa?"

Si su proveedor forma parte de la red de su plan, él o ella 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, una vez admitido en el hospital, nuestros enfermeros trabajarán con su proveedor para recopilar información sobre su afección.

Medical Mutual cuenta con procedimientos de autorización de gestión de utilización para hospitalizaciones y algunos servicios ambulatorios antes, durante y después de que se preste un servicio. La gestión de utilización se asegura de que su tratamiento cumpla con el estándar de atención. Para garantizar que usted reciba la atención médica adecuada, nuestro equipo de médicos clínicos lleva a cabo un proceso de revisión de determinadas pruebas, tratamientos u hospitalizaciones. Enviamos una declaración de atención médica adecuada a todos los empleados, el personal administrativo y los proveedores contratados que están relacionados con estas actividades.

Nuestro personal de gestión de utilización está a su disposición para responder preguntas sobre nuestros procesos y requisitos de aprobación previa. Estas pueden incluir preguntas sobre internaciones, denegaciones y apelaciones, incluidas aquellas relacionadas con servicios de salud del comportamiento. El personal está disponible de lunes a viernes, excepto los feriados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Este).

Para hablar con un enfermero de gestión de utilización, llame a cualquiera de los números que se indican a continuación:

Gestión de utilización	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.

"¿Puedo obtener ayuda si tengo una afección crónica?"

Sí. Medical Mutual ofrece diversos programas para ayudar a los miembros con afecciones crónicas, como la diabetes. Unirse a un programa puede 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 orientación para ayudar a los miembros con problemas relacionados con el estilo de vida, como el control del peso y el estrés, y una línea de enfermería las 24 horas para ayudar a los miembros a comprender el nivel de atención necesario para abordar una inquietud médica.

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 una afección o evento médico complejo?"

A través de nuestro programa de Administración de Casos, nuestros enfermeros profesionales administradores de casos los ayudarán a usted o a su cuidador a encontrar recursos y servicios, comunicarse con su equipo de atención médica y hacer un seguimiento de su progreso para garantizar que los servicios sean adecuados 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 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.

Para hablar con un enfermero profesional administrador de casos de lunes a viernes, excepto los feriados, seleccione el número telefónico correspondiente en el cuadro de la columna anterior. Llame entre las 8:00 a. m. y las 5:00 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 centro de atención al cliente 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 necesita ser internado en un hospital, usted o su proveedor deben llamar 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.

Si usted es miembro de un plan HMO, solo tiene cobertura fuera de red para servicios de emergencia. Usted será responsable de pagar el total de todos los demás cargos fuera de la red.

"¿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 presentar una instrucción anticipada, comuníquese con la Organización Nacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (National Hospice and Palliative Care Organization, NHPCO) por teléfono llamando al 1-800-658-8898 o por Internet en nhpco.org.

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

Los formularios de reclamo están disponibles:

- A través de nuestro sitio web, MedMutual.com, haciendo clic en Member Forms (Formularios para miembros) en la parte inferior de la página.
- Al iniciar sesión en My Health Plan (Mi plan de salud) y hacer clic en Resources & Tools (Recursos y herramientas), y luego en Forms (Formularios).
- Llamando al centro de atención al cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación.

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. Si el proveedor no va a presentar el reclamo en su nombre, comuníquese con el centro de 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 diagnóstico, el procedimiento, la fecha del servicio, los honorarios y el nombre y domicilio del médico o establecimiento. 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. 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 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 usted tiene algún problema o preocupación, puede hacer lo siguiente:

- Llamar al centro de atención al cliente.
- Enviar un correo electrónico al centro de atención al cliente a través My Health Plan (Mi plan de salud), 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.

"¿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 Ohio. Puede encontrar la información de contacto en el sitio web del estado de Ohio, en la sección de organismos estatales de su guía telefónica o llamando al centro 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 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 denegados?"

- Si usted forma parte de un sindicato autofinanciado u otro grupo autoasegurado, consulte su Cuadernillo de beneficios para saber cómo presentar una apelación.
- Todos los demás pueden remitirse al 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 llama al centro de 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, un padre o tutor legal del paciente podrá presentar la apelación), haya firmado un poder notarial para que una persona 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 Utilización o de Salud del Comportamiento (consulte la página 7). 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 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 revisar mi caso si es denegado?"

Sí. Usted puede tener la opción de presentar una consulta al Departamento de Seguros de Ohio si denegamos 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 de Ohio tiene jurisdicción sobre su plan.

En primer lugar debe presentar su apelación ante nosotros. Si su apelación ha sido revisada y continúa siendo denegada, usted o un representante autorizado (persona autorizada por usted para presentar apelaciones en su nombre, que puede ser su abogado) serán informados sobre cualquier derecho adicional de apelación, incluidas las instrucciones sobre cómo y dónde presentar su solicitud de revisión por parte del Departamento de Seguros de Ohio, si este tiene jurisdicción sobre su plan. El Departamento de Seguros de Ohio 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 que se realice 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 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. Usted será notificado 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 de la denegación 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 seguir adelante con una apelación voluntaria, no necesita agotar esta opción antes de presentar un reclamo ante los tribunales.

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

Si usted es miembro de un plan de seguro de salud patrocinado por una entidad pública (por ejemplo, escuelas, gobiernos), su plan tampoco está sujeto a 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?"

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. También comunica a nuestros miembros información clínica importante. Nuestros objetivos son los siguientes:

- Mejorar la calidad de los servicios de atención médica para los miembros y el acceso a dichos servicios.
- Brindar información clínica a los miembros y proveedores.
- Monitorear y evaluar la calidad y seguridad de la atención médica brindada a los miembros.
- Alcanzar y mantener la acreditación del plan de salud.

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

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/a 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/a 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.

Para ayudar a su hijo/a a encontrar un proveedor de atención primaria para adultos en la red de su plan, inicie sesión en My Health Plan (Mi plan de salud) y haga clic en Find a Provider (Buscar un proveedor). También puede llamar al centro de atención al cliente.

Para obtener información sobre sus beneficios personales, inicie sesión en My Health Plan (Mi plan de salud) ingresando en MedMutual.com/Member.

Derechos del miembro

"¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro?"

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 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 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.

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, 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, 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.

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 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 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

- 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.° de enero de 2014 o después de esa fecha, usted 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 de venta bajo receta en un plazo razonable.

- Usted tiene derecho a recibir cobertura para un curso de 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 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 la medicina en la que se encuentra su reclamo tomen sus decisiones de cobertura.

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.
- 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.

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 o recibir una copia de su información de salud protegida que nosotros mantenemos en un lugar designado. 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.
- Usted 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 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 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 usted está cubierto por un plan completamente asegurado, tiene derecho a solicitar que el Departamento de Seguros (Department of Insurance, DOI) de su estado realice una revisión de un servicio o beneficio denegado. Usted 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, podría 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 centro de atención al cliente y/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, llame al centro de 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 HIPAA al pie del sitio web, o llame al centro de atención al cliente.

“¿Cómo cambio mi información personal?”

Puede cambiar su información personal (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 llamar al centro de atención al cliente para hacer los cambios necesarios en su información personal.

Si tiene cobertura a través de un plan de salud grupal, también debe notificar al patrocinador de su plan.

“¿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 el centro de atención al cliente.

Cobertura de medicamentos de venta bajo receta

"¿Qué procedimientos debo seguir cuando compre medicamentos de venta bajo receta?"

1. Elija medicamentos que se incluyan en el formulario de su plan. El formulario contiene una amplia selección de medicamentos de marca y genéricos que podrían ayudar a reducir sus costos. Para consultar los medicamentos que están cubiertos en su plan, ingrese a My Health Plan (Mi plan de salud), haga clic en Benefits & Coverage (Beneficios y cobertura) y luego en Prescription Drug Benefits (Beneficios de medicamento de venta bajo receta). Haga clic en el botón Inscribirse en Express Scripts y, luego, en Price a Medication (Presupuestar un medicamento) en la pestaña Prescriptions (Recetas).
2. Consulte con su médico para asegurarse de que está usando el medicamento con mejor relación costo-beneficio para su afección. Cuando sea posible, use genéricos.
3. Busque una farmacia de la red o preferida ingresando en My Health Plan (Mi plan de salud) y seleccionando Pharmacy (Farmacia) en Find a Provider (Buscar un proveedor), y siga las instrucciones. O llame al número de información de medicamentos recetados que figura en su tarjeta de identificación.
4. Muéstrele su tarjeta de identificación de miembro a su farmacéutico.
5. Pague su copago o coseguro, si corresponde.
6. Si usted no puede acudir a una farmacia de la red o si su farmacia no puede presentar su reclamo de forma electrónica a Express Scripts, usted podrá presentar un reclamo en el plazo de los 12 meses posteriores a la compra de sus medicamentos (consulte su Certificado o Cuadernillo de beneficios para verificar si su plan cubre farmacias no pertenecientes a la red). Para obtener un formulario de reclamo, ingrese en My Health Plan (Mi plan de salud) y seleccione Forms (Formularios) en la página Resources & Tools (Recursos y herramientas), ingrese en el sitio web de su plan o llame al centro de atención al cliente.
7. Si toma medicamentos a largo plazo, es posible que su plan requiera que realice pedidos por correo 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.

Si aún no es miembro de Medical Mutual, puede encontrar información sobre nuestros formularios disponibles en MedMutual.com. Haga clic en la pestaña Individuals & Families (Individuos y familias) y luego en Plans & Products (Planes y productos). O hable con el patrocinador de su plan de seguro de salud.

"¿Y si tengo preguntas sobre mi cobertura de medicamentos de venta bajo receta?"

Si tiene preguntas sobre su cobertura de medicamentos de venta bajo receta, llame al centro de atención al cliente o a los números de información de medicamentos recetados que figuran en su tarjeta de identificación.

"¿Hay alguna forma de reducir los costos de mis medicamentos?"

Su copago podría variar si acude a una farmacia minorista de la red o si utiliza el beneficio de farmacia de pedidos por correo. También podría haber un nivel de copago o coseguro específico para medicamentos de venta bajo receta genéricos, de marca preferidos y/o no preferidos o especializados.

Para evaluar las opciones actuales de medicamentos de venta bajo receta de su plan con su médico o proveedor de atención médica, visite el sitio web de Express Scripts a través de My Health Plan (Mi plan de salud).

Allí encontrará lo siguiente:

- Medicamentos del formulario (los medicamentos preferidos de su plan, tanto de marca como genéricos).
- Oportunidades de ahorros personalizadas para sus medicamentos de venta bajo receta y su plan de medicamentos de venta bajo receta.
- Alternativas ordenadas según el mejor valor.
- Opciones de ahorros de costos en medicamentos desde genéricos hasta de marca y/o en farmacias desde con pedido por correo hasta minoristas.

Para hacer preguntas específicas sobre los beneficios, envíe un correo electrónico a MedicalMutualCustomerCare@MedMutual.com.

"¿Mi plan cubre 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 o Gentry Health Services.

Además, al surtir medicamentos especializados en Accredo o Gentry, solo se acumulará el monto que realmente pagó de bolsillo para su deducible anual y/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 y/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 de venta bajo receta sea cubierto. Para algunos formularios, es posible que se excluyan algunos medicamentos de la cobertura, que se denominan medicamentos no incluidos en el formulario. Puede llamar al centro de atención al cliente y preguntar si su medicamento está sujeto a alguna limitación o requisito de aprobación previa. También puede determinar las normas de cobertura si ingresa en My Health Plan (Mi plan de salud), hace clic en Benefits & Coverage (Beneficios y cobertura) y, luego, en Prescription Drug Benefits (Beneficios de medicamentos de venta bajo receta). Desde allí, será remitido al sitio web de Express Scripts. Revise sus notas de cobertura de medicamentos seleccionando Prescriptions (Recetas) y luego Price a Medication (Presupuestar un medicamento).

Para solicitar una revisión de cobertura, pida a su proveedor que se comunique con Express Scripts al 1-800-753-2851.

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

"¿Cómo puedo presentar una apelación si mi medicamento de venta bajo receta no se encuentra en el formulario o fue denegado?"

Las apelaciones por necesidad médica de un medicamento de venta bajo receta y las solicitudes para cubrir un medicamento no incluido en el formulario como excepción son administradas por farmacéuticos o médicos autorizados de Express Scripts. Las apelaciones y las solicitudes de excepción deben enviarse junto con la información médica relacionada al siguiente domicilio dentro de los 180 días luego de 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 para medicamentos de venta bajo receta o la cobertura de beneficios deben enviarse al siguiente domicilio o podrán enviarse de forma electrónica a través del sitio web de su plan o a través de 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.

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, usted puede tener 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 recetados 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 investigación).
- No se proporciona únicamente para satisfacer su comodidad o la de un proveedor.
- Es el tipo de servicio apropiado en el tipo de establecimiento 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.

[Esta página se dejó en blanco intencionalmente].

Multi-Language Interpreter Services & Nondiscrimination Notice

MEDICAL MUTUAL®

This document notifies individuals of how to seek assistance if they speak a language other than English.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Chinese

注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-382-5729 (TTY: 711)。

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Arabic

ملحوظة:إذاكنت تتحدث اذكر اللغة،فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك (بالمجان. اتصل برقم 1-800-382-5729 رقم هاتف الصم والبكم 711).

Pennsylvania Dutch

Wann du Deitsch schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-382-5729 (телетайп: 711).

French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-382-5729 (ATS: 711).

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Navajo

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti' go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Oromo

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-382-5729 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Japanese

注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-382-5729 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Dutch

AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-382-5729 (телетайп: 711).

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-382-5729 (TTY: 711).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-382-5729 (TTY: 711).

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

Order Number: Z8188-MCA R11/18
Dept of Ins. Filing Number: Z8188-MCA R9/16

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.

Nondiscrimination Notice

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 in its operation of health programs and activities. Medical Mutual does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex in its operation of health programs and activities.

- Medical Mutual provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters, and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, etc.).
- Medical Mutual provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services or if you believe Medical Mutual failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, with respect to your health care benefits or services, you can submit a written complaint to the person listed below. Please include as much detail as possible in your written complaint to allow us to effectively research and respond.

Civil Rights Coordinator
Medical Mutual of Ohio
2060 East Ninth Street
Cleveland, OH 44115-1355
MZ: 01-10-1900

Email: CivilRightsCoordinator@MedMutual.com

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:
  ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- By mail at:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW Room 509F
  HHH Building
  Washington, DC 20201-0004
- By phone at:
  1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)
- Complaint forms are available at:
  hhs.gov/ocr/office/file/index.html

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

MEDICAL MUTUAL®

2060 East Ninth Street
Cleveland, OH 44115-1355

MedMutual.com

© 2018 Medical Mutual of Ohio
Z7068-COR R12/18