

Cómo acceder a su Manual del afiliado

Su Manual del afiliado es una herramienta valiosa que lo ayudará a entender sus **beneficios y derechos** como afiliado de nuestro plan. También proporciona información sobre **con quién ponerse en contacto** por diferentes asuntos.

Cómo obtener una copia del Manual del afiliado

Puede acceder a su Manual del afiliado de diferentes maneras:

- Si tiene acceso a Internet, puede visitar esta página web: mmp.absolutetotalcare.com/mmp/benefits/member-handbook.html.
- Si desea que le enviemos el Manual del afiliado por correo, llámenos al: **1-855-735-4398 (TTY: 711)** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes y solicítenos que le enviemos una copia por correo. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados nacionales es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada durante el próximo día hábil.

Si solicita una copia por correo, la recibirá aproximadamente 7 días después de enviar su solicitud.

Tenga en cuenta: el Manual del afiliado para el próximo año del plan estará disponible en el sitio web o para envíos por correo a partir del 15 de octubre.

Qué información importante se encuentra en su Manual del afiliado

A continuación, incluimos una lista de algunos tipos de información que puede obtener en su Manual del afiliado.

1. Primeros pasos como afiliado

- ¿Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud?

2. Números de teléfono y recursos importantes

- Contactos para preguntas sobre facturación, decisiones de cobertura, apelaciones sobre su atención médica.
- Cómo ponerse en contacto con su coordinador de la atención asignado.
- Cómo ponerse en contacto con la Línea de enfermería, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al **1-855-735-4398 (TTY: 711)**.

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

- Cómo obtener atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo cubiertos por el plan.
- Cómo elegir su proveedor de atención primaria (PCP).
- Cómo recibir atención de especialistas, otros proveedores de la red y de proveedores fuera de la red.
- Cómo puede obtener los servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de recibir atención.
- Qué hacer si su proveedor le factura los servicios.

4. Tabla de beneficios

- Descripción de los servicios y productos que cubre nuestro plan, junto con lo siguiente:
 - Cualquier costo.
 - Cualquier requisito para una remisión de su PCP o una autorización previa de nuestro plan antes de obtener el servicio o producto.
- Servicios y apoyos a largo plazo que paga nuestro plan (como cuidado personal y sistema de respuesta personal ante emergencias).
- Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan pero disponibles a través de Medicare.

5. Cómo obtener medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través del plan

- Cómo obtener sus medicamentos con receta, incluso a través de servicios de pedidos por correo.
- Qué se incluye en la Lista de medicamentos (también conocida como Lista de medicamentos cubiertos).
- Límites respecto de la cobertura de algunos medicamentos y por qué su medicamento puede no estar cubierto.
- Cómo solicitar un suministro temporal.

6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de Medicare y Healthy Connections de Medicaid

7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos

- Cuándo puede solicitarnos que paguemos los servicios o medicamentos.
- Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.

8. Sus derechos y responsabilidades

- Tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que satisfaga sus necesidades (por ejemplo, en otros idiomas o en otros formatos como letra de imprenta grande, braille o audio).
- Debemos tratarle con respeto, imparcialidad y dignidad en todo momento.
- Debemos proteger su información personal de salud.
- Usted tiene derecho a dejar el plan en cualquier momento.
- Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones.

9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Qué debe hacer si tiene un problema y a quién puede llamar para pedir ayuda. Por ejemplo:
 - Problemas sobre servicios, productos y medicamentos.
 - Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada.
 - Si considera que la atención médica a domicilio, la atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizan demasiado pronto.
- Cómo presentar una queja.

10. Cancelación de la membresía en nuestro plan de Medicare y Medicaid

- ¿Cómo puede cancelar la membresía en nuestro plan?
- Si deja nuestro plan y no desea un plan de Medicare y Medicaid diferente, cómo recibe los servicios de Medicare y Healthy Connections de Medicaid.

11. Avisos legales

12. Definiciones de palabras importantes

Absolute Total Care (plan de Medicare y Medicaid) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y South Carolina Healthy Connections de Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratis de asistencia lingüística. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados nacionales es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada durante el próximo día hábil. La llamada es gratis.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-735-4398 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on federal holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los afiliados de Absolute Total Care, excepto en situaciones de emergencia. Para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red, llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte el Manual del afiliado.

Notice of Non-Discrimination. Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Absolute Total Care does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

- Absolute Total Care: → 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, accessible electronic formats, other formats).
→ 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, contact Absolute Total Care's Member Services at 1-855-735-4398 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on federal holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day.

If you believe that Absolute Total Care has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Absolute Total Care's Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Services

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services are available to you, free of charge. Call 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت لا تجيد التحدث باللغة الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-735-4398 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-735-4398 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua língua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame 1-855-735-4398 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請電 1-855-735-4398 (TTY: 711)。

RUAHSAKNAK: Mirang ttong hmang nan um silen, Mirang ttong thawn pehpar aw in a lak in bawm nak a um. Himi ah in contact thei asi: 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-735-4398 (TTY: 711) पर कॉल करें।

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-735-4398 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

THEIHTERNAK: Mirang holh a thiammi na si ahcun, holh lei kongkau bawmchanh khawhnak a lak in nangmah caah a um. Hika hin au hna 1-855-735-4398 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-735-4398 (ATS : 711).

ဟံသျှ်ဟံသးဘၣ်တက့ၢ်-ဖဲန့ၣ်တကတိၤအဲးကလံးအကျိၣ်ဘၣ်န့ၣ်,ကျိၣ်အတၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤအတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ်အိၣ်ဝဲဒၣ်လၢန့ၣ်လၢတလိၣ် ဟ့ၣ်အပူၤဘၣ်န့ၣ်လီၤ.ကိးဘၣ် 1-855-735-4398 (TTY: 711) တက့ၢ်.

ማሳሰቢያ:- ከማርች 1 ማህተም ከሆነ የቋንቋ እገዛ አገልግሎቶች ያለ ምንም ክፍያ ለእርስዎ ሊሰጡ ይችላሉ። ወደ 1-855-735-4398 (TTY: 711) ይደውሉ።

သတိပြုရန်။ သင် မြန်မာစကားပြောပါက အခမဲ့ ဘာသာပြန် ဝန်ဆောင်မှုကို ရရှိနိုင်သည်။ 1-855-735-4398 (TTY: 711) ကိုခေါ်ပါ။