

Información importante sobre sus beneficios médicos: Virginia

**Para los planes de seguro médico de
Innovation Health Open POS Plus**

Entendiendo sus beneficios del plan

Los planes de beneficios médicos de Innovation Health cubren la mayoría de los tipos de atención médica de un médico o un hospital, pero no cubren todo. El plan cubre el cuidado preventivo recomendado y la atención que usted necesita por motivos médicos. No cubre los servicios que a usted le gustaría tener, como la cirugía plástica. Tampoco cubre los tratamientos que aún no son ampliamente aceptados. También debe tener en cuenta que algunos servicios pueden tener límites. Por ejemplo, un plan podría solo permitir un examen de la vista por año.

Dónde encontrar información sobre su plan específico

Sus "documentos del plan" enumeran el plan que usted seleccionó. Esto incluye lo que está cubierto, lo que no está cubierto y lo que usted pagará por los servicios. Los nombres de los documentos del plan varían. Pueden incluir un Programa de beneficios y Certificado de cobertura y toda actualización que forma parte de ello.

Si no puede encontrar sus documentos del plan, llame al número sin cargo en su tarjeta de identificación digital para el miembro.

Área de servicio de Virginia

Los siguientes condados y ciudades: Alexandria City, Arlington, Clarke, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Frederick, Fredericksburg City, Loudoun, Manassas City, Manassas Park City, Page, Prince William, Shenandoah, Spotsylvania, Stafford, Warren y Winchester City.

Cómo obtener información del plan en Internet y por teléfono

Miembros actuales

Si usted ya es miembro de Innovation Health, tiene dos maneras convenientes para obtener información del plan:

1. Inicie sesión en su sitio de Internet seguro del miembro en <https://my.innovation-health.com>

Usted puede obtener información sobre la cobertura de su plan en Internet. También puede obtener detalles sobre los programas, las herramientas y otros servicios que forman parte de su plan. Sólo tiene que registrarse una vez para crear un nombre de usuario y contraseña.

Tenga a mano su tarjeta de identificación digital para el miembro para registrarse. Luego visite el sitio de Internet <https://my.innovation-health.com> y haga clic en "Log In/Register". Siga las instrucciones para completar el registro de una sola vez.

Luego puede iniciar sesión en cualquier momento para:

- Acceder a su tarjeta de identificación digital para el miembro
- Comprobar quién está cubierto y qué está cubierto
- Acceder a sus "documentos del plan"
- Monitorear reclamos o ver pasadas copias de las declaraciones de Explicación de Beneficios
- Utilizar la herramienta de búsqueda de proveedores para encontrar atención dentro de la red

- Utilizar nuestras herramientas de costos de atención para que pueda *saber su costo antes de recibarlo*
- Obtener más información y cómo acceder a los programas de bienestar que forman parte de su plan

2. Llame al número sin cargo en su tarjeta de identificación digital para el miembro

Como miembro de Innovation Health usted puede utilizar opciones de autoservicio para:

- Comprobar quién está cubierto por su plan
- Averiguar lo que está cubierto por su plan
- Obtener una dirección para enviar su reclamo y comprobar un estado de reclamo
- Averiguar otras maneras de comunicarse con Innovation Health
- Ser trasladado a servicios de la salud mental

También puede hablar con un representante para:

- Entender cómo funciona su plan o lo que usted tendrá que pagar
- Obtener información sobre cómo presentar un reclamo
- Buscar atención fuera de su área
- Presentar una queja o apelación
- Obtener copias de sus documentos del plan
- Conectar con los servicios de la salud mental
- Encontrar información médica específica
- Informarse más sobre nuestro programa de Gestión de la calidad

¿Todavía no es miembro?

Usted puede llamarnos al **1-888-443-1616** si necesita ayuda para entender cómo funciona un plan médico en particular.

Innovation Health es la marca utilizada para los productos y servicios proporcionados por Innovation Health Insurance Company. Los beneficios médicos y planes de seguro médico son ofrecidos y/o suscritos por Innovation Health Plan Inc. e Innovation Health Insurance Company. Innovation Health Insurance Company e Innovation Health Plan, Inc. (Innovation Health) son afiliados de Inova y de Aetna Life Insurance Company (Aetna) y sus afiliadas. Aetna y sus afiliadas ofrecen determinados servicios de administración a Innovation Health.

Haga una búsqueda en la red de su plan para los médicos, hospitales y otros proveedores médicos

Utilice la herramienta de búsqueda de proveedores en Internet para obtener la lista más actualizada de los profesionales de la salud y centros médicos. Puede obtener una lista de médicos disponible por código postal, o introducir el nombre de un médico específico en el campo de búsqueda.

Miembros actuales: Inicie sesión en su sitio de Internet seguro del miembro en <https://my.innovation-health.com>. Luego, seleccione "Doctors & Facilities" de la barra de menú en la parte superior.

Considerando la inscripción:
Visite <https://buyhealthinsurance.innovation-health.com/?state=VA> y responda algunas preguntas. Luego utilice la barra "Find Participating Providers" cerca de la parte superior de la pantalla para buscar proveedores. Tendrá que seleccionar el plan que le interesa en el cuadro desplegable.

Nuestra herramienta de búsqueda en Internet es algo más que una lista de nombres y direcciones de médicos. También incluye información sobre:

- Facultad de medicina dónde asistió el médico
- Estado de certificación del consejo
- Idioma hablado
- Afiliaciones de hospitales
- Género
- Instrucciones para llegar

Obtenga un directorio impreso GRATIS

Para obtener una lista impresa gratis de los médicos y hospitales, llame al número sin cargo en su tarjeta de identificación digital para el miembro. Si todavía no es miembro, llame al

1-844-289-4503.

Póngase en contacto con funcionarios del estado de Virginia

Si necesita ponerse en contacto con alguien acerca de este seguro por cualquier razón, también puede ponerse en contacto con su agente, si usted tiene uno. Si ha sido incapaz de comunicarse con nosotros o con su agente, o si usted no está satisfecho con la respuesta, puede ponerse en contacto con:

Virginia State Corporation Commission's Bureau of Insurance

Life and Health Division
PO Box 1157
Richmond, VA 23218
Teléfono: **804-371-9691**
Fax: **804-371-9944**

o

Office of the Managed Care Ombudsman

Bureau of Insurance
PO Box 1157
Richmond, VA 23218
Teléfono sin cargo: **1-877-310-6560**
Área metropolitana de Richmond:
804-371-9032
e-mail: ombudsman@virginia.gov

Se prefiere correspondencia por escrito para que tengan constancia de su pregunta. Al ponerse en contacto con su agente, empresa o la Oficina de Seguros, tenga su número de póliza disponible.

Innovation Health Insurance Company está regulado como un "Managed Care Health Insurance Plan" (Plan de seguro de atención administrada o MCHIP, por sus siglas en inglés) y, como tal, está sujeto a regulación por parte de Virginia State Corporation Commission Bureau of Insurance y el Departamento de Salud de Virginia.

Help for those who speak another language and for the hearing impaired

If you require language assistance, please call the number on your digital member ID card, and a representative will connect you with an interpreter.

You can also get interpretation assistance for utilization management issues or for registering a complaint or appeal. If you're deaf or hard of hearing, use your TTY and dial **711** for the Telecommunications Relay Service. Once connected, please enter or provide the Innovation Health telephone number you're calling.

Ayuda para las personas que hablan otro idioma y para personas con impedimentos auditivos

Si usted necesita asistencia lingüística, por favor llame al número que aparece en su tarjeta de identificación digital para el miembro, y un representante de Aetna le conectará con un intérprete. También puede recibir asistencia de interpretación para asuntos de administración de la utilización o para registrar una queja o apelación. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, use su TTY y marcar **711** para el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS). Una vez conectado, por favor entrar o proporcionar el número de teléfono de Aetna que está llamando.

Lo que usted paga

Usted compartirá en el costo de su atención médica. Estos se conocen como gastos "de bolsillo". Sus documentos del plan muestran los montos que corresponden a su plan específico. Estos costos pueden incluir:

• **Copago:** Un monto fijo (por ejemplo, \$25) que usted paga por el servicio de atención médica cubierto. Por lo general paga esto cuando usted recibe el servicio. El monto puede variar dependiendo del tipo de servicio. Por ejemplo, es posible que pague un monto diferente para ver a un especialista de lo que pagaría para ver a su médico de familia.

• **Coseguro:** Su parte de los costos para un servicio cubierto. Esto es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 50 por ciento) del

uento permitido para el servicio. Por ejemplo, si el monto permitido por el plan médico para una visita al consultorio médico es de \$100 y usted ha cumplido con su deducible, el pago de coseguro del 50 por ciento sería \$50. El plan médico paga el resto del monto permitido.

- **Deductible:** El monto que debe por los servicios de atención médica antes de que su plan médico comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$3,000, usted tiene que pagar los primeros \$3,000 para los servicios cubiertos antes de que el plan comience a pagar. Puede que no tenga que pagar por algunos servicios. Pueden corresponder otros deducibles al mismo tiempo.

Sus costos cuando recibe servicios fuera de la red

Usted puede elegir un médico de la red de su plan. También puede optar por visitar a un médico fuera de la red. Cubrimos el costo de la atención en base a si el proveedor, como un médico o un hospital, está "dentro de la red" o "fuera de la red". Queremos ayudarle a entender cuánto pagaremos por la atención que recibe fuera de la red. Al mismo tiempo, queremos aclarar el monto adicional que usted tendrá que pagar por recibir esta atención.

Los ejemplos a continuación son para cuando usted visita a un médico:

"Dentro de la red" significa que tenemos un contrato con ese médico. Los médicos acuerdan cobrar un determinado monto por los servicios cubiertos. Normalmente este monto es menor de lo que le cobrarían a usted si no pertenecen a nuestra red. En la mayoría de los casos, le cuesta menos utilizar médicos en nuestra red. Los médicos acuerdan no facturarle por ningún monto por encima de su tarifa contratada. Todo lo que usted paga es su coseguro o copagos, junto con cualquier deducible. El médico de la red se encargará de cualquier precertificación que requiera su plan.

"Fuera de la red" significa que no tenemos un contrato para las tarifas

de descuento con ese médico. No sabemos exactamente lo que le cobrará un médico fuera de la red. Si usted elige a un médico que está fuera de la red, su plan médico posiblemente pague parte de la factura de ese médico. En la mayoría de los casos, usted pagará mucho más dinero de su bolsillo si opta por atenderse con un médico fuera de la red.

Su médico u hospital fuera de la red establece la tarifa que le va a cobrar. Puede ser mucho más alto de lo que su plan médico "reconoce" o "permite". Su médico le puede facturar por el monto en dólares que el plan no "reconoce". Usted también pagará copagos, coseguro y deducibles más altos bajo su plan. Ningún monto en dólares por encima del "cargo reconocido" cuenta hacia su deducible o límite de gastos de bolsillo. Esto significa que usted es completamente responsable de pagar todo por encima del monto que el plan permite por un servicio o procedimiento.

Cuando usted opta por atenderse con un médico fuera de la red, pagamos por su atención médica, dependiendo del plan que usted elija. Algunos de nuestros planes pagan por servicios fuera de la red al observar lo que pagaría Medicare y ajustar ese monto hacia arriba o abajo. Nuestros planes van desde el pago de 90 por ciento de Medicare (es decir, 10 por ciento menos de lo que pagaría Medicare) hasta 300 por ciento de Medicare (la tarifa de Medicare multiplicada por tres). Algunos planes pagan por servicios fuera de la red en base a lo que se llama el cargo "normal y habitual" o la tarifa del "monto razonable". Estos planes usan la información de FAIR Health, Inc., una empresa sin fines de lucro, que informa cuánto los proveedores cobran por servicios en cualquier código postal.

Usted puede llamar al número sin cargo en su tarjeta de identificación digital para el miembro para averiguar el método que utiliza su plan para reembolsar a los médicos fuera de la red. También puede pedir una

estimación de su parte del costo para los servicios fuera de la red que usted está planeando realizarse. La forma de pagar a los médicos y hospitales fuera de la red se aplica cuando usted elige recibir atención fuera de la red. Consulte la sección "Atención médica de emergencia y urgencia, y atención después de horas laborales" para obtener más información.

Recibir servicios dentro de la red simplemente tiene sentido.

- Hemos negociado tarifas con descuento para usted.
- Los médicos y hospitales dentro de la red no le facturarán los costos por encima de nuestras tarifas por servicios cubiertos.
- Usted está en buenas manos con acceso a una atención de calidad que recibe de nuestra red.

Precertificación: Cómo obtener aprobaciones para servicios

A veces pagamos la atención solo si hemos dado la aprobación antes de que usted reciba la atención. A esto le llamamos "precertificación". Por lo general la precertificación se limita a la atención médica más grave, como la cirugía o la internación en un hospital. Cuando usted recibe atención de un médico en la red, el médico obtiene la precertificación de nosotros.

Sus documentos del plan enumeran todos los servicios que se requieren para obtener la precertificación. Si no lo hace, usted tendrá que pagar por la totalidad o una parte mayor del costo por el servicio. Incluso con la precertificación, por lo general usted pagará más cuando se utiliza médicos fuera de la red.

Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación digital para el miembro para comenzar el proceso. Usted debe obtener la precertificación antes de recibir la atención médica.

Usted no tiene que obtener la precertificación para servicios de emergencia.

Qué buscamos al revisar una solicitud de precertificación

En primer lugar, comprobamos que usted sigue siendo miembro. Y nos aseguramos de que el servicio se considere médicaamente necesario para su condición. También nos aseguramos que el servicio y el lugar solicitado para realizar el servicio son económicos. Nuestras decisiones se basan totalmente en lo apropiado de la atención y el servicio y la existencia de la cobertura, utilizando directrices y recursos reconocidos a nivel nacional. Podemos sugerir un tratamiento o lugar de servicio diferente que sea igual de eficaz pero cuesta menos. También veremos si usted califica para uno de nuestros programas de administración de casos. De ser así, uno de nuestros enfermeros puede ponerse en contacto con usted.

La precertificación no comprueba si usted haya llegado a algún límite en dólares o máximo de visitas para el servicio solicitado. Así que, incluso si se obtiene la aprobación, el servicio puede no estar cubierto.

Nuestro proceso de revisión después de la precertificación (revisión de la utilización/supervisión del paciente)

Hemos desarrollado un programa de supervisión del paciente para ayudarle a acceder a una atención médica adecuada y aprovechar al máximo la cobertura de los servicios de atención médica. En ciertas situaciones, se revisa su caso para asegurarse de que el servicio o suministro cumpla con las directrices establecidas y es un beneficio cubierto por su plan. A esto le llamamos una "revisión de la utilización".

Seguimos normas específicas para ayudar darle prioridad a las principales preocupaciones de su salud durante nuestra revisión

- No recompensamos a los empleados de Aetna por denegar cobertura.
- No fomentamos rechazos de cobertura. De hecho, capacitamos el personal a centrarse en los riesgos de los miembros que no reciben la atención adecuada. Donde tal uso es apropiado, nuestro personal utiliza directrices y recursos reconocidos a nivel nacional, como MCG (antes Milliman Care Guidelines) para revisar las solicitudes de cobertura. Grupos de médicos, tales como asociaciones de práctica independientes, pueden utilizar otros recursos que consideren apropiadas.
- No fomentamos las decisiones de utilización que resulten en subutilización.

Información sobre beneficios específicos

Atención médica de emergencia y urgencia, y atención después de horas laborables

Una condición médica de emergencia significa que sus síntomas son repentinos y graves. Si no obtiene ayuda de inmediato, una persona corriente con conocimiento médico promedio puede esperar que usted podría morir o arriesgar su salud. En el caso de una mujer embarazada, eso incluye su bebé que está por nacer.

La atención médica de emergencia se cubre en cualquier momento y en cualquier lugar del mundo. Si necesita atención médica de emergencia, siga estas directrices:

- Llame al **911** o diríjase a la sala de emergencia más cercana. Si tiene tiempo, llame a su médico.
- Comuníquese la situación a su médico lo más pronto posible. Un amigo o familiar puede llamar en su nombre.

- Usted no necesita obtener aprobación para los servicios de emergencia.

La atención médica de emergencia está cubierta

En ocasiones, usted no tiene la opción acerca de dónde ir para recibir atención, al igual si fuese a la sala de emergencia. Cuando necesita atención médica de emergencia, pagaremos la factura como si usted recibiera la atención médica dentro de la red. Cuando usted recibe esta atención de un proveedor de la red, sólo tendrá que pagar el monto del costo compartido de su plan. Ese es el deducible y/o copago.

Además, podemos pagar menos de lo que cobra un proveedor fuera de la red. No se preocupe, en caso de una situación de emergencia, usted no tiene que pagarla. Por lo tanto, si el proveedor le factura por el resto del costo, solo llámenos al número en su tarjeta de identificación digital para el miembro y nosotros nos encargamos de ello.

Consulte sus documentos del plan y la sección "Sin cobertura en base a las sanciones estadounidenses" que se encuentra en este folleto para obtener más información.

Atención después de horas laborables, disponible las 24/7

Comuníquese con su médico si tiene preguntas o inquietudes médicas. Su médico debe tener un servicio de contestador de llamadas si usted llama después de que cierre el consultorio médico. También puede ir a un centro de atención de urgencia, que puede tener un horario limitado. Para encontrar un centro cercano a usted, inicie sesión en <https://my.innovation-health.com> y haga una búsqueda en nuestra lista de médicos y otros proveedores médicos. Consulte sus documentos del plan para ver cuánto debe pagar por los servicios de atención de urgencia.

Beneficio de farmacia

Los beneficios de farmacia de Innovation Health son administrados por Aetna.

Cuando su médico le receta un medicamento, es el momento de utilizar su cobertura de farmacia. Utilice bien su cobertura y le puede ahorrar dinero. Así es cómo:

Usted obtiene la mejor cobertura cuando utiliza una farmacia de la red

Puede ir a cualquier farmacia autorizada dentro o fuera de la red. Consulte sus documentos del plan para averiguar cuánto tendrá que pagar.

Encuentra una farmacia de la red cerca de usted en Internet

Antes de surtir una receta médica, vaya a su sitio de Internet seguro del miembro. Allí puede encontrar farmacias de la red cerca de usted. Puede navegar nuestro directorio, o buscar farmacias igual como lo haría para un médico u hospital. Consulte "Haga una búsqueda en la red de Innovation Health para los médicos, hospitales y otros proveedores médicos" en este folleto para más información.

Puede buscar sus medicamentos y conocer los costos de antemano en su sitio de Internet seguro del miembro

Simplemente haga clic en "Comprobar el costo de medicamentos". Encontrará su costo para cada medicamento según la farmacia. También puede comparar el costo en una farmacia local con el costo de su pedido de medicamentos por correo para ver cuánto puede ahorrar.

Algunos planes fomentan que se utilicen medicamentos genéricos en lugar de los de marca

Muchos medicamentos de marca tienen versiones genéricas con los mismos ingredientes activos. O bien, puede haber un medicamento genérico diferente que puede tratar su condición. Los medicamentos genéricos son tan seguros y eficaces como sus versiones de marca. Para

ciertos medicamentos usted debe obtener el medicamento genérico. Esto no significa que no puede usar medicamentos de marca, pero pagará más por ellos. No solo pagará su parte normal del costo, sino que pagará la diferencia entre los dos precios.

También podemos incentivarlo para que utilice ciertos medicamentos

Algunos planes lo incentivan a comprar ciertos medicamentos bajo receta en lugar de otros. El plan incluso puede pagar una mayor parte para esos medicamentos. Enumeramos estos medicamentos en el "Leap Drug Guide" (también conocido como el "listado de medicamentos"). Esta guía muestra los medicamentos bajo receta que están cubiertos por su plan. También explica cómo seleccionamos los medicamentos que incluimos en la guía.

Cuando obtiene un medicamento que no está cubierto por su plan, su parte del costo suele ser más. Consulte sus documentos del plan para ver cuánto tendrá que pagar.

Obtenga recargas convenientes por pedido por correo

Los servicios de medicamentos de pedido por correo y de especialidad son de las farmacias que Aetna posee. Aetna Rx Home Delivery y Aetna Specialty Pharmacy, se incluyen en la red y ofrecen opciones convenientes para surtir el medicamento que usted toma todos los días o medicamentos de especialidad que tratan condiciones complejas.

Puede tener que obtener la aprobación antes de que algunos medicamentos están cubiertos

A veces, el médico podría recomendar un medicamento que no está cubierto por su plan. Si es necesario que usted utilice ese medicamento, usted, alguien que le ayuda o su médico nos puede pedir que hagamos una excepción. Su farmacéutico también puede solicitar una excepción para antibióticos y medicamentos contra el dolor.

Consulte sus documentos del plan para obtener detalles.

Pueda que tenga que probar un medicamento antes de poder intentar otro

La "terapia escalonada" significa que usted puede tener que probar uno o más medicamentos menos costosos o más comunes antes que se cubra un medicamento de la lista de terapia escalonada. Su médico podría querer que se salte uno de estos medicamentos por razones médicas. De ser así, usted o el médico puede solicitar una excepción.

Algunos medicamentos no están cubiertos en absoluto

Los planes de farmacia no cubren los medicamentos que no necesitan una receta médica. Puede haber algunos medicamentos bajo receta que tampoco están cubiertos. Estos medicamentos no están cubiertos por su plan porque existen productos similares cubiertos en su listado de medicamentos. No se puede obtener una excepción para estos medicamentos.

Es posible que los medicamentos nuevos no estén cubiertos

Possiblemente su plan no cubra medicamentos que aún no hemos revisado. Es probable que usted, alguien que le ayuda o su médico deban obtener nuestra aprobación para utilizar uno de esos nuevos medicamentos.

Obtenga una copia de la guía de medicamentos

Puede encontrar el "Leap Drug Guide" (listado de medicamentos) en su sitio de Internet seguro para el miembro en www.aetna.com/formulary/.

Puede pedir una copia impresa llamando al número sin cargo en su tarjeta de identificación digital para el miembro. Frecuentemente agregamos nuevos medicamentos a la guía. Haga una búsqueda en Internet o llame al número sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación del miembro para obtener la información más actualizada.

Beneficios para la salud mental y la adicción

Usted debe utilizar terapeutas y otros profesionales de la salud mental que pertenecen a la red. Aquí le indicamos cómo obtener servicios hospitalarios y ambulatorios, hospitalización parcial y otros servicios para la salud mental:

- Llame al **911** en caso de emergencia.
- Llame al número sin cargo en su tarjeta de identificación digital para el miembro.

Trasplantes y otras condiciones complejas

El Programa *National Medical Excellence Program*® (NME, por sus siglas en inglés) es para los miembros que necesitan un trasplante o tienen una condición que sólo puede tratarse en un hospital determinado. Puede visitar un hospital de los denominados Institutes of Excellence™ para obtener la cobertura para el tratamiento. Algunos planes no cubren los servicios si usted no lo hace. Nosotros seleccionamos hospitales para el programa NME por su pericia y experiencia con estos servicios. También seguimos las normas estatales al seleccionar estos hospitales.

Beneficios importantes para las mujeres

Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998

Su plan médico de Innovation Health brinda beneficios para la mastectomía y los servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos; prótesis; y el tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema. La cobertura se proporciona de acuerdo con su diseño del plan y está sujeto a los requisitos del plan para limitaciones, copagos, deducibles y referencias médicas, en su caso, como se indica en sus documentos del plan. Llame al

número sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación del miembro para obtener más información.

Para más información, puede visitar el sitio de Internet del U.S. Department of Health and Human Services, www.cms.gov/HealthInsReformforConsumers/Downloads/WHCRA_Helpful_Tips_2010_06_14.pdf, y el sitio de Internet del U.S. Department of Labor, <http://www.dol.gov/dol/topic/Spanish-speakingTopic.htm>.

Sin cobertura en base a las sanciones estadounidenses

Si las sanciones comerciales de Estados Unidos le consideran una persona bloqueada, el plan no le puede proporcionar beneficios o cobertura a usted. Si usted viaja a un país sancionado por Estados Unidos, el plan, en la mayoría de los casos, no le puede proporcionar beneficios o cobertura a usted. Además, si su proveedor médico es una persona bloqueada o está en un país sancionado, no podemos pagar por los servicios de ese proveedor. Por ejemplo, si usted recibe atención mientras viaja en otro país y el proveedor médico es una persona bloqueada o está en un país sancionado, el plan no puede pagar por esos servicios. Para obtener más información sobre las sanciones comerciales de EE.UU., visite http://www.treasury.gov/lan/es/Pages/es_index.aspx.

Conocer lo que está cubierto

Evite recibir facturas inesperadas. Antes de recibir atención médica, consulte sus documentos del plan para ver qué está cubierto. ¿No puede encontrar sus documentos del plan? Llame al número sin cargo en su tarjeta de identificación digital para el miembro para realizar una pregunta específica o para que le envíen una copia impresa.

Estas son algunas maneras en las que determinamos lo que está cubierto:

Comprobamos si es "médicamente necesario"

La necesidad médica es más que ser solicitado por un médico. "Médicamente necesario" significa que su médico solicitó un producto o servicio por una razón médica importante. Puede ser para prevenir una enfermedad o condición, o para comprobar si tiene una enfermedad o condición. O bien, puede ser para tratar una lesión o enfermedad.

El producto o servicio:

- Debe cumplir con el estándar habitual de los médicos
- Debe ser el tipo correcto, en la medida apropiada, por el tiempo adecuado y para la parte apropiada del cuerpo
- Debe ser conocido por ayudar al síntoma en particular
- No puede recetarse para la comodidad del miembro o el médico
- No puede ser más costoso que otro servicio o producto que sea igualmente eficaz

Sólo los profesionales médicos pueden decidir si un tratamiento o servicio no es médica mente necesario. No otorgamos recompensa a nuestros empleados por denegar cobertura. En ocasiones la necesidad médica la determina un grupo de médicos. Esos grupos pueden utilizar recursos diferentes de los que nosotros utilizamos.

Si denegamos cobertura, le enviaremos a usted y a su médico una carta. La carta explicará cómo apelar la denegación. Usted tiene el mismo derecho de apelar si es un grupo de médicos el que deniega la cobertura por necesidad médica. Puede llamar al número sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación del miembro para pedir una copia gratis de los materiales que usamos para tomar decisiones de cobertura. Los médicos pueden escribir o llamar a nuestro departamento de supervisión del paciente si tienen alguna pregunta.

Póngase en contacto con nosotros en Internet o al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación del miembro para obtener la dirección y el número de teléfono correspondiente.

Estudiamos la tecnología médica más reciente

Para ayudarnos a decidir lo que es médicalemente necesario, revisamos la evidencia científica publicada en las revistas médicas. Esta es la misma información que utilizan los médicos. También nos aseguramos de que el producto o servicio esté alineado con la forma en que lo utilizan los médicos que normalmente tratan la enfermedad o lesión. Nuestros médicos pueden usar recursos reconocidos a nivel nacional, como MCG (antes Milliman Care Guidelines).

También revisamos la tecnología médica más reciente, incluyendo medicamentos, equipos y tratamientos de la salud mental. Además, vemos formas nuevas de utilizar las tecnologías anteriores. Para tomar decisiones, podemos:

- Leer revistas médicas para informarnos acerca de la investigación. Queremos saber cuán seguro y eficaz es.
- Ver lo qué otros grupos médicos y gubernamentales dicen al respecto. Esto incluye la Agencia Federal para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica.
- Preguntar a los expertos.
- Comprobar cuán a menudo y qué tan exitosos han sido los resultados.

Publicamos nuestras decisiones en nuestros "Clinical Policy Bulletins" (boletines de la política clínica).

Publicamos nuestros hallazgos en <https://my.innovation-health.com>

Después de decidir si un producto o servicio es médicalemente necesario, redactamos un informe al respecto. El informe se llama "Clinical Policy Bulletin" (CPB, por sus siglas en inglés).

Los CPB nos ayudan a decidir si aprobamos o no una solicitud de cobertura. Es posible que su plan no cubra todo lo que nuestro CPB considera médicalemente necesario. Cada plan es diferente, por lo tanto consulte sus documentos del plan.

Los CPB no están diseñados para aconsejarlo a usted ni a su médico en lo que se refiere a su atención. Solo su médico puede darle consejo y tratamiento. Hable con su médico sobre cualquier CPB relacionado con su cobertura o condición.

Tanto usted como su médico pueden leer nuestros CPB en nuestro sitio de Internet <https://my.innovation-health.com>. Ingresar "Clinical Policy Bulletin" en la barra de búsqueda. ¿No tiene Internet? Llámenos al número sin cargo en su tarjeta de identificación digital para el miembro. Solicite una copia de un CPB para cualquier producto o servicio.

Qué hacer si no está de acuerdo con nosotros

Quejas, apelaciones y revisión externa

Díganos si no está satisfecho con alguna respuesta que haya recibido de nosotros o con la forma en que manejamos nuestro negocio.

Llámenos para presentar una queja verbal o solicitar la dirección para enviar una queja por escrito. El número aparece en su tarjeta de identificación digital para el miembro. Si usted no está satisfecho después de hablar con un representante de Innovation Health, puede solicitarnos que envíemos su cuestión al departamento de quejas apropiado.

Si no está de acuerdo con alguna decisión relacionada con un reclamo denegado, usted puede presentar una apelación

Para presentar una apelación, siga las instrucciones de la carta o la explicación de la declaración de beneficios que explica que su reclamo

fue denegado. La carta también le dice lo que necesitamos de usted y qué tan pronto le responderemos.

Obtenga una revisión de alguien fuera de Innovation Health

Si la denegación está basada en un criterio médico, usted puede obtener una revisión externa si no está satisfecho con su apelación (en la mayoría de los casos tendrá que finalizar todas sus apelaciones internas primero). Siga las instrucciones que aparecen en nuestra respuesta a su apelación. Llámenos para solicitar un formulario de revisión externa. También puede visitar <https://my.innovation-health.com>. Ingresar "external review" (revisión externa) en la barra de búsqueda.

Una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) asignará su caso a uno de sus expertos. El experto será un médico u otro profesional que se especializa en esa área o tipo de apelación. Usted debe tener una decisión dentro de los 45 días calendario siguientes a la solicitud. La decisión del revisor externo es definitiva y vinculante; seguiremos la decisión del revisor externo y usted no tendrá que pagar nada a menos que hubiera una cuota de presentación.

Puede solicitar una revisión "acelerada"

Si su médico opina que usted no puede esperar 45 días, solicite una "revisión acelerada". Eso significa que tomaremos una decisión lo más pronto posible.

Derechos y responsabilidades del miembro

Conozca sus derechos como miembro

Usted tiene muchos derechos legales como miembro de un plan médico. También tiene muchas responsabilidades. Usted tiene el derecho de sugerir cambios en

nuestras políticas y procedimientos. Esto incluye nuestros derechos y responsabilidades del miembro.

Algunos de sus derechos se enumeran a continuación. También publicamos una lista de derechos y responsabilidades en nuestro sitio de Internet. Visite <https://my.innovation-health.com> e ingrese "rights & resources" (derechos y recursos) en la barra de búsqueda para ver la lista. También puede llamar al número en su tarjeta de identificación digital para el miembro para solicitar una copia impresa o para obtener más información.

Tome decisiones médicas antes de su procedimiento

Una "última voluntad médica" le indica a sus familiares y médicos qué hacer cuando usted mismo no se los puede decir. No necesita tener una última voluntad médica para recibir atención, pero sí tiene el derecho a redactar una. Los hospitales pueden preguntarle si tiene una última voluntad médica al hospitalizarlo.

Existen tres tipos de última voluntad médica:

- Poder notarial: nombra a la persona que usted quiere que tome decisiones médicas por usted.
- Testamento en vida: detalla el tipo y grado de atención médica que desea recibir.
- Orden de no resucitar: establece que no desea recibir resucitación cardiopulmonar (RCP) si su corazón se detiene ni ser intubado si deja de respirar.

Usted puede crear una última voluntad médica de varias formas:

- Pida al médico un formulario de última voluntad médica.
- Escriba sus deseos por sí mismo.
- Obtenga un formulario en las oficinas estatales o locales sobre el envejecimiento, o en su departamento de salud local.
- Coordine con un abogado para redactar su última voluntad médica.
- Cree una última voluntad médica

utilizando software informático diseñado para este fin.

Fuente: American Academy of Family Physicians. Advance Directives and Do Not Resuscitate Orders. Enero de 2012. Disponible en <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/healthcare-management/end-of-life-issues/advance-directives-and-do-not-resuscitate-orders.html>. Consultado el 19 de noviembre de 2015.

Conozca información sobre nuestros programas de gestión de la calidad

Nos aseguramos de que su médico ofrece atención de calidad para usted y su familia. Para obtener más información sobre estos programas, visite nuestro sitio de Internet en <https://my.innovation-health.com> e ingrese "commitment to quality" (compromiso con la calidad) en la barra de búsqueda. También puede llamarnos para pedir una copia del documento "Commitment to Quality". El número sin cargo aparece en su tarjeta de identificación digital para el miembro.

Protegemos su privacidad

Consideramos que la información personal es privada. Nuestras políticas protegen su información personal frente al uso ilegal. Por "información personal", nos referimos a la información que le puede identificar como una persona, así como su información financiera y de la salud.

La información personal no incluye lo que está disponible para el público. Por ejemplo, cualquier persona puede acceder a la información acerca de lo que cubre el plan. También no incluye informes que no le identifican.

Resumen de la Política de privacidad de Innovation Health

Cuando sea necesario para su cuidado o tratamiento, la operación de nuestros planes médicos u otras actividades relacionadas, utilizamos la información personal dentro de

nuestra empresa, la compartimos con nuestras afiliadas y podemos divulgarla a:

- Sus médicos, dentistas, farmacias, hospitales u otras personas encargadas de su cuidado
- Otras aseguradoras
- Proveedores de suministros
- Departamentos gubernamentales
- Administradores de terceros (TPA, por sus siglas en inglés)

Obtenemos información de muchas fuentes diferentes, en particular de usted, otras aseguradoras, organizaciones para el mantenimiento de la salud o administración de terceros, y de otros proveedores de atención médica.

Estas partes tienen la obligación de mantener la privacidad de su información tal y como lo exige la ley.

Algunas de las formas en las cuales podemos utilizar su información incluyen:

- Pago de reclamos
- Toma de decisiones sobre qué cubre el plan
- Coordinación de los pagos con otras aseguradoras
- Evaluación de la calidad
- Actividades para mejorar nuestros planes
- Auditorías

Consideramos que estas actividades son clave para la operación de nuestros planes. Cuando lo permite la ley, utilizamos y divulgamos su información personal de la manera que se explicó anteriormente sin su permiso. Nuestro aviso de privacidad incluye una explicación completa de las maneras en que utilizamos y divulgamos su información. También explica cuando necesitamos su autorización para utilizar o divulgar su información.

Estamos obligados a darle acceso a su información. Si usted piensa que hay algo mal o que falta en su información personal, puede pedir que se cambie. Debemos completar su solicitud en un período razonable de tiempo. Si no estamos de acuerdo con el cambio, puede presentar una apelación.

Para obtener más información sobre nuestro aviso de privacidad o si desea recibir una copia del mismo, llame al número sin cargo en su tarjeta de identificación digital para el miembro o visítenos en <https://my.innovation-health.com>.

Cualquier persona puede obtener atención médica

Nosotros no tomamos en consideración su raza, discapacidad, religión, sexo, orientación sexual, salud, origen étnico, credo, edad ni origen nacional al darle acceso a atención médica. Los proveedores de la red tienen la obligación legal de hacer lo mismo.

Tenemos la obligación de cumplir con estas leyes:

- Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964
- Ley de Discriminación por Edad de 1975
- Ley de Estadounidenses con Discapacidades
- Leyes que corresponden a las personas que reciben fondos federales
- Todas las demás leyes que protegen sus derechos para obtener atención médica

Cómo utilizamos la información sobre su raza, origen étnico y el idioma que habla

Usted elige si quiere decírnos su raza/etnia y el idioma preferido. Nosotros mantendremos la información privada. Utilizamos la información para ayudarnos a mejorar su acceso a la atención médica. También lo usamos para ayudar a servirle mejor. Consulte

"Protegemos su privacidad" para informarse más sobre cómo utilizamos y protegemos su información privada. Consulte también "Cualquier persona puede obtener atención médica".

Sus derechos de inscribirse más tarde si usted decide no inscribirse ahora

Cuando se pierde la otra cobertura

Usted puede optar por no inscribirse ahora porque ya tiene seguro médico. Es posible que pueda inscribirse más tarde si pierde la otra cobertura. Esto incluye inscribir a su cónyuge o hijos y otras personas dependientes. Si eso ocurre, debe inscribirse dentro de los 31 días después de que termine su cobertura.

Cuando usted tiene un nuevo dependiente

¿Se está casando? ¿Está embarazada? Un nuevo dependiente lo cambia todo. Y usted puede cambiar de opinión. Usted puede inscribirse dentro de los 31 días después de un evento de vida, si opta por no inscribirse durante el período normal de inscripción abierta. Eventos de vida incluyen:

- Matrimonio
- Nacimiento
- Adopción
- Colocación para la adopción

Para obtener más información o para solicitar la inscripción especial, usted puede llamar al número sin cargo en su tarjeta de identificación digital para el miembro. Si aún no es miembro, puede llamar al **1-888-443-1616**.

If you need this material translated into another language, please call
1-844-241-0208.

Si usted necesita este documento en otro idioma, llame al 1-844-241-0208.

<https://my.innovation-health.com>