

Ascension Personalized Care

2024 Guía para miembros



Ascension

Bienvenido

Gracias por ser miembro de Ascension Personalized Care. Con más de 100 años de experiencia en atención médica, hemos creado y diseñado este plan médico para lo que más importa: usted. Esta guía tiene información sobre sus beneficios y cobertura, y su objetivo es ayudarlo a entender todo lo que incluye el plan médico Ascension Personalized Care.

En Ascension Personalized Care, nuestro objetivo es cambiar la forma en que nuestros miembros perciben la atención médica. Empezamos por ofrecer acceso a una red clínicamente integrada de médicos y profesionales clínicos, incluyendo los hospitales, los centros para pacientes ambulatorios y los cuidadores de apoyo. Tratamos de que su atención médica sea fluida y esté coordinada en toda la red para que cada miembro tenga acceso a la atención adecuada, en el momento y en el lugar en que la necesite.

También ayudamos a los miembros a navegar por el complejo sistema de atención médica. Como miembro, puede beneficiarse del equipo nacional de administración de la atención médica de Ascension, que le dará el apoyo y los recursos que necesita para hacerse cargo de su salud. Este enfoque le permite centrarse en lo importante: su salud y la de su familia. Los servicios de administración de la atención se dan a todos los miembros como parte del Plan.

Organización de proveedores exclusivos

Ascension Personalized Care es una organización de proveedores exclusivos (EPO). Usted se inscribió en un plan de atención administrada donde los servicios están cubiertos solo si visita médicos, especialistas o centros de atención de la red del plan (excepto en una emergencia). Para encontrar médicos dentro de la red, visite nuestro directorio en línea en ascensionpersonalizedcare.com/find-a-doctor.

Los médicos fuera de la red no están cubiertos por su plan Ascension Personalized Care. Si lo atiende un médico fuera de la red de Ascension Personalized Care, usted será responsable de pagar el importe completo del servicio. Si necesita consultar a un médico fuera de la red, pida a su médico de atención primaria que se comunique con el equipo de administración de la utilización para determinar si este es un servicio médicamente necesario y para obtener las autorizaciones previas necesarias.



Ascension Personalized Care

Ascension Personalized Care es un plan de beneficios médicos que presta US Health and Life Insurance Company por medio del intercambio de seguros médicos en Indiana, Kansas, Tennessee y Texas.



Ascension es la compañía matriz de Ascension Personalized Care. Ascension es una organización religiosa de atención médica dedicada a la transformación por medio de la innovación en la atención continua. Ascension es el sistema médico líder sin fines de lucro y opera más de 2,600 lugares de atención.



MaxorPlus es el administrador de beneficios de farmacia (PBM) que da cobertura de medicamentos con receta a los miembros de Ascension Personalized Care.



Automated Benefits Services es el administrador de terceros (TPA) que trabaja con los clínicos y Ascension Personalized Care para pagar los reclamos dentro de la red de Ascension.



Ascension Care Management Insurance Holdings es el proveedor de administración de la utilización y administración de la atención para Ascension Personalized Care. Su equipo incluye un panel de enfermeros autorizados y revisores médicos en EE.UU. con una cercana integración con las prácticas clínicas del sistema de entrega de Ascension.



Las pólizas de seguro Ascension Personalized Care están cubiertas por US Health and Life Insurance Company.

Próximos pasos importantes

Tarjeta de identificación de miembros

- Se enviarán por correo su tarjeta de identificación de miembro y las de las personas dependientes de su plan.
 - Importante: si elige la cobertura individual, recibirá una tarjeta médica de Ascension Personalized Care. Si tiene más dependientes (cónyuge y dependientes menores de 18 años), solo recibirá una tarjeta más. Para los dependientes mayores de 18 años, se entrega una tarjeta más por cada dependiente mayor de 18 años. Todas las tarjetas médicas reflejarán únicamente el nombre de la persona suscrita.
 - Su tarjeta de farmacia se enviará directamente por correo desde MaxorPlus y tendrá los nombres del suscriptor y los dependientes.
 - Su tarjeta de identificación incluye la información de su plan médico para los médicos y la información de contacto de Ascension Personalized Care.
- También puede obtener una copia digital de sus tarjetas en el portal para miembros.

Inscríbase en el portal para miembros

- Visite member.ascensionpersonalizedcare.com. Puede inscribirse para crear una cuenta o conectarse para actualizar su cuenta existente.
- El portal de los miembros da acceso a la información de su plan médico, incluyendo los deducibles, los reclamos y la información sobre el médico.
- La inscripción en el portal para miembros es opcional y no afecta su cobertura. Sin embargo, el portal para miembros le da acceso directo a información importante de su plan médico.
- Los cónyuges y los dependientes mayores de 18 años tendrán que crear su propia cuenta en el portal para miembros.

Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red

Tanto si usted necesita atención primaria, como si su hijo necesita consultar a un pediatra o alguien necesita atención especializada, la red Ascension Personalized Care cuenta con una variedad de médicos y centros preparados para atenderlo.

- Visite nuestro sitio web en ascensionpersonalizedcare.com/find-a-doctor para encontrar un médico dentro de la red que sea adecuado para usted.
- Puede buscar por centro o por el nombre del médico y filtrar los resultados por programación en línea, sexo, idioma, etc.
- Programe una cita con su PCP.

Recordatorio: los médicos fuera de la red no están cubiertos por su plan Ascension Personalized Care, excepto en una emergencia.

Complete su evaluación médica

- Ascension Personalized Care le da una forma de obtener información médica y bienestar, y también sobre la atención preventiva y la atención médica crónica, que está realmente adaptada a sus objetivos de salud. Si busca formas para administrar mejor una condición médica o quiere más información de la prevención, nosotros estamos aquí para entregarle información adecuada para usted.
- Puede completar la evaluación gratuita en menos de 20 minutos. Visite ascensionpersonalizedcare.com/members-home/member-resources/healthcare-actions/hra-engagement para completar la evaluación de salud hoy. Su salud y bienestar son importantes para nosotros. Los representantes de servicio al cliente de Ascension Personalized Care están disponibles para ayudarlo y pueden ayudarlo a completar la evaluación de salud en línea.

Índice

Bienvenida	2
Organización de proveedores exclusivos	2
Familia de compañías	3
Próximos pasos importantes	4
Tarjeta de identificación de miembro	4
Inscríbase en el portal para miembros	4
Conozca los beneficios y los servicios	4
Elija un PCP de la red	4
Complete su evaluación médica	4
Resumen	7
Productos Ascension Personalized Care	7
Bronze	8
Silver	9
Gold	10
Comuníquese con nosotros	11
Uniquely Ascension Service Center	11
Servicios de idioma	11
Herramientas de autoservicio	12
Enroll.ascensionpersonalizedcare.com	12
Ascensionpersonalizedcare.com	12
Portal para miembros	12
MaxorPlus	12
Tarjetas de identificación de miembros	13
Tarjeta médica	13
Tarjeta de farmacia	13
Más tarjetas de identificación/tarjetas de reemplazo	13
Comunicaciones	14
Boletín de noticias para miembros	14
Explicación de los beneficios (EOB)	14
Qué cubre	15
Resumen general de los servicios cubiertos	15
Programa de beneficios	15
Resumen de los beneficios y la cobertura	15
Exclusiones de los beneficios y la cobertura	15
Evidencia de cobertura (EOC)	15
Facturación	16
Cómo pagar la prima	16
Consulte su saldo y sus pagos	16
Fecha de pago	16
Recordatorios importantes	16
Administración de la utilización	17
Autorización previa	17
Revisión del proceso de autorización	17

¿Por qué necesito una autorización previa?	18
Servicios que necesitan autorización previa	18
¿Cómo puede pedir mi médico una autorización previa?	18
Proceso de apelación clínica	19
Cómo presentar una apelación	19
Qué esperar después de presenta la apelación	19
Dónde se recibe atención médica	24
Proveedor de atención primaria (PCP) / proveedor de atención especializada (SCP)	24
Atención virtual	24
Atención de urgencia/clínicas de atención urgente	24
Hospitales/salas de emergencia	24
Qué hay que hacer fuera del área de cobertura	24
Encuentre la atención adecuada para usted	25
Farmacia	26
Red de farmacias para medicamentos con receta	26
Especialidad farmacias para recetas de especialidades	26
Farmacia de venta por correo de medicamentos de mantenimiento con receta	26
Lista de medicamentos cubiertos (formulario)	26
Preguntas sobre el copago de recetas y servicio de atención al cliente	26
Autorizaciones previas y apelaciones para medicamentos con receta	26
Acceso para beneficios de farmacia	27
Administración de la atención de Ascension	28
Administración de la atención de Ascension: simplificando y apoyando la atención médica	28
Fraude, derroche y abuso	29
Autoridad de cumplimiento del programa FWA y responsabilidad	29
Reclamos, quejas formales y apelaciones de los miembros	30
Cómo presentar una solicitud de información	30
Cómo presentar una queja	31
Cómo presentar una queja formal	31
Cómo presentar una apelación	32
Derechos y responsabilidades de los miembros	33
Derechos de los miembros	33
Responsabilidades de los miembros	35
Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA)	35
Política de no discriminación	37
Glosario de términos	38
Programas de descuentos para miembros	39
Deportes y entretenimiento	39
Mercados y comedores	39
TruHearing - Programa de descuento en el aparato auditivo	40
Active&Fit Direct	41
Acreditación	42
Enlaces útiles	43
Contactos importantes	44
Notas	45



Resumen

Los planes Ascension Personalized Care son planes de seguros médicos que prestan servicios médicos y de salud conductual a los miembros. Nuestros planes de seguros médicos tienen beneficios para la persona en su totalidad. Ascension Personalized Care está diseñado para alcanzar cinco objetivos principales:

- Acceso a nuestros médicos de atención primaria y especialistas de la red de Ascension, centros convenientes y opciones de atención en línea y recetas por especialidad de Ascension Rx
- Planes con una buena cobertura a un costo razonable, que cuentan con características y beneficios que conectan todos los aspectos de su salud y bienestar, incluyendo su salud física, emocional, mental y espiritual
- Un equipo de atención al cliente que lo escucha, lo respeta y lo ayuda a comprender su cobertura para que pueda entender y maximizar el valor y los beneficios de su plan
- Opciones de cobertura para las distintas etapas de su vida, lo que le permite a usted y a su familia obtener la atención que necesita, cuándo y dónde la necesite
- Educación e información para ayudarlo a tomar decisiones de atención médica inteligentes e informadas que le sirvan

Productos Ascension Personalized Care

Los productos Ascension Personalized Care están diseñados para dar flexibilidad y más beneficios a sus miembros. Ascension Personalized Care tiene tres categorías de metales: Bronze, Silver y Gold. Cada categoría refleja la cantidad que tanto usted como su plan médico pagarán.

Categoría del plan	Prima mensual	Gastos de bolsillo
Bronze	Bajo	Alto
Silver	Medio	Medio
Gold	Alto	Bajo

Bronze: prima mensual más baja, costos de atención más altos

Silver: prima mensual moderada, costos de atención moderados. Las reducciones de gastos compartidos solo están disponibles en los planes Silver para quienes califiquen.

Gold: prima mensual alta, costos de atención bajos

Ascension Personalized Care ofrece la siguiente lista de productos en el intercambio:

Bronze

Ascension Personalized Care Balanced Bronze

Ascension Personalized Care Bronze sin deducible médico

Ascension Personalized Care Standard Expanded Bronze

	Balanced Bronze	Bronze sin deducible médico	Standard Expanded Bronze
Deducible	\$9,450	\$0/\$5,000 Rx	\$7,500
Máximo de gastos de bolsillo	\$9,450	\$9,450	\$9,400
Coseguro	100 % después del deducible	50 %	50 % después del deducible
Consulta virtual con el proveedor de atención primaria	\$10*	\$25*	\$25*
Visita al especialista virtual	\$20*	\$50*	\$50*
Atención virtual de urgencias	\$30*	\$75*	\$75*
Consulta con el proveedor de atención primaria	\$25*	\$50*	\$50*
Consulta con el especialista	Sin costo después del deducible	\$100*	\$100*
Visita a la sala de emergencias	Sin costo después del deducible	\$2,000*	50 % después del deducible
Cobertura de medicamentos genéricos con receta	\$20*	\$30*	\$25*

*no está sujeto al deducible

**los deducibles y el máximo de gastos de bolsillo son para la cobertura individual

Silver

Ascension Personalized Care Low Premium Silver
 Ascension Personalized Care No Deductible Silver
 Ascension Personalized Care Standard Silver

CSR 73 %

Ascension Personalized Care Low Premium Silver 73
 Ascension Personalized Care No Deductible Silver 73
 Ascension Personalized Care Standard Silver 73

CSR 87 %

Ascension Personalized Care Low Premium Silver 87
 Ascension Personalized Care No Deductible Silver 87
 Ascension Personalized Care Standard Silver 87

CSR 94 %

Ascension Personalized Care Low Premium Silver 94
 Ascension Personalized Care No Deductible Silver 94
 Ascension Personalized Care Standard Silver 94

	Low Premium Silver	Silver sin deducible	Silver estándar
Deducible	\$4,000	\$0	\$5,900
Máximo de gastos de bolsillo	\$9,000	\$9,450	\$9,100
Coseguro	50 % después del deducible	40 %	40 % después del deducible
Visita virtual al proveedor de atención primaria	\$20*	\$15*	\$20*
Visita virtual al especialista	\$40*	\$30*	\$40*
Atención virtual de urgencias	\$60*	\$45*	\$60*
Visita al proveedor de atención primaria	\$40*	\$30*	\$40*
Visita al especialista	\$80*	\$60*	\$80*
Visita a la sala de emergencias	50 % después del deducible	\$1,500*	40 % después del deducible
Cobertura de medicamentos genéricos con receta	\$25*	\$30*	\$20*

*no está sujeto al deducible

**los deducibles y el máximo de gastos de bolsillo son para la cobertura individual

La reducción de gastos compartidos (CSR) es un descuento que reduce la cantidad que tiene que pagar por los deducibles, copagos y coseguros. Las reducciones de costos compartidos solo están disponibles en los planes Silver para quienes califiquen.

Cuando complete una solicitud en el Mercado, sabrá si califica para los créditos fiscales de las primas y para más ahorros. Puede usar un crédito fiscal para primas para un plan de cualquier categoría de metal. Pero si también califica para más ahorros, obtendrá esos ahorros solo si elige un plan Silver.

Si califica para las reducciones de gastos compartidos, también tendrá un máximo de gastos de bolsillo más bajo, es decir, la cantidad total que tendría que pagar por los servicios médicos cubiertos al año. Cuando llegue al máximo de gastos de bolsillo, su plan de seguro cubre el 100 % de todos los servicios cubiertos.

Si es miembro de una tribu reconocida a nivel federal o accionista de la Alaska Native Claims Settlement Act (ANCSA) Corporation, es posible que califique para más reducciones en los gastos compartidos.

Gold

Ascension Personalized Care Standard Gold

Gold estándar	
Deducible	\$1,500
Máximo de gastos de bolsillo	\$8,700
Coseguro	25 % después del deducible
Visita virtual al proveedor de atención primaria	\$15*
Visita virtual al especialista	\$30*
Atención virtual de urgencias	\$60*
Visita al proveedor de atención primaria	\$30*
Visita al especialista	\$60*
Visita a la sala de emergencias	25 % después del deducible
Cobertura de medicamentos genéricos con receta	\$15*

*no está sujeto al deducible

**los deducibles y el máximo de gastos de bolsillo son para la cobertura individual

Comuníquese con nosotros

Email: apcsupport@ascension.org

Teléfono: 833-600-1311; TTY: 586-693-1214

Los representantes de Servicio al cliente están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., EST.

Dirección: Ascension Personalized Care
PO Box 1707
Troy, MI 48099-1707

Si creó una cuenta en enroll.ascensionpersonalizedcare.com, puede hacer actualizaciones en su plan en cualquier momento. Las principales actualizaciones incluyen:

- Cambio de dirección
- Si usted o un dependiente tienen un cambio en los ingresos
- Si usted se casa o se divorcia
- Si tiene un hijo o si adopta uno

Si se inscribió mediante el Mercado de Seguros Médicos, deberá visitar healthcare.gov o llamar directamente al Mercado al 800-318-2596 para hacer cualquier tipo de cambio.

Uniquely Ascension Service Center

Estamos aquí para usted. Si necesita ayuda, llame a un representante del servicio de atención al cliente al 833-600-1311. Nuestro equipo está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. EST.

Comuníquese con nosotros para:

- Preguntas sobre beneficios y reclamos
- Ayuda para encontrar un médico, un especialista o un lugar
- Pedidos de tarjetas de identificación

Servicios de idioma

¿Hay algún miembro de Ascension Personalized Care en su grupo familiar que no hable inglés? Si necesita ayuda con el idioma, llame a nuestro equipo de atención al cliente al 833-600-1311. Le pediremos que elija un idioma en el que se comunicará con un intérprete y con nuestro representante de atención al cliente. Ellos podrán ayudarlo a entender su plan o responder cualquier otra pregunta. Nuestro equipo está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. EST.

También entregamos material impreso en otros idiomas o podemos traducir por teléfono. Este servicio es gratuito.



Herramientas de autoservicio

[Enroll.ascensionpersonalizedcare.com](https://enroll.ascensionpersonalizedcare.com)

Nuestro sitio de inscripción directa le permite acceder a su solicitud e información de inscripción. Visite este sitio para:

- Actualizar su solicitud
- Comprender cualquier tipo de problema con su solicitud de seguro médico
- Comprar y comparar los diferentes planes de Ascension Personalized Careplans
- Cambiar o inscribirse en un nuevo plan de seguro médico durante un período de inscripción especial con un evento que lo haga calificar

[Ascensionpersonalizedcare.com](https://ascensionpersonalizedcare.com)

Como miembro de Ascension Personalized Care, aproveche al máximo su plan obteniendo guía para ayudarlo a orientarse dentro las necesidades de atención médica:

- Información general sobre Ascension Personalized Care
- Encuentre información específica sobre el plan
- Cómo encontrar un médico o un centro de atención
- Beneficios en farmacias y lista de medicamentos cubiertos
- Recursos para los miembros, incluyendo salud y bienestar, acciones de atención médica y comprensión de los beneficios

Portal para miembros

Como miembro de Ascension Personalized Care, tendrá acceso al portal para miembros de Ascension Personalized Care. Puede iniciar sesión en member.ascensionpersonalizedcare.com usando su identificación de Ascension y allí podrá acceder a su cuenta de miembro. Si no tiene identificación de Ascension, puede crear una utilizando su dirección de correo electrónico. Su portal para miembros le permitirá encontrar información de:

- Reclamos procesados
- Administración de beneficios
- Cómo hacer pagos de primas (consulte la sección Facturación en la página 16 para obtener más información)
- Tarjetas de identificación de miembro
- Copagos, deducibles y saldos
- Cómo encontrar un médico o un lugar de atención médica

MaxorPlus (Administrador de beneficios de farmacia)

Los miembros de Ascension Personalized Care tienen acceso 24/7 en ascensionpersonalizedcare.com y, al usar el portal de miembros, pueden encontrar información sobre todos los beneficios de la farmacia MaxorPlus, incluyendo:

- Consultar la historia de su reclamo de farmacia
- Leer información sobre sus beneficios de farmacia
- Comparar los precios de los medicamentos y las farmacias
- Buscar y encontrar una farmacia local que esté dentro de la red para surtir sus recetas
- Comparar los precios de los medicamentos y las farmacias

La información de beneficios de farmacia también está disponible en línea en ascensionpersonalizedcare.com/members-home/member-resources/understanding-benefits/pharmacy



Tarjetas de identificación de miembros

Cuando se vuelva miembro de Ascension Personalized Care, recibirá dos tarjetas de seguro diferentes por correo, una tarjeta médica de Ascension Personalized Care y una tarjeta de farmacia de MaxorPlus. El número de tarjetas que se entrega es basado en el número de miembros cubiertos y en la edad de los dependientes (consulte **Próximos pasos importantes** en la página 4). Las tarjetas de identificación también están disponibles en el portal de miembros.

Tarjeta médica

Los miembros de Ascension Personalized Care recibirán una tarjeta de identificación médica. Esta tarjeta deberá presentarse cada vez que visite un médico, un hospital, un centro de atención virtual o de urgencia. Esta tarjeta de identificación incluye la información de su plan médico para los médicos y nuestra información de contacto. En la parte de adelante se identifica su nombre, el número de grupo y el número de identificación de miembro. La parte de atrás de la tarjeta de identificación incluye información como nuestro número de atención al cliente, información sobre la autorización previa, información sobre la elegibilidad de los miembros para los médicos y cómo presentar sus reclamos.

Tarjeta de farmacia

En 2024 se enviará a cada miembro una tarjeta de identificación de farmacia MaxorPlus para el plan de medicamentos MaxorPlus. Su tarjeta de identificación de la farmacia llegará antes del 1 de enero de 2024. Esta tarjeta de identificación es diferente a la tarjeta médica. La tarjeta de identificación de la farmacia debe usarse para la cobertura cuando se surtan recetas y solo se pueden usar para los beneficios de las recetas. No puede usar su tarjeta de identificación médica de Ascension Personalized Care para surtir una receta.

Más tarjetas de identificación/tarjetas de reemplazo

Si necesita una tarjeta de reemplazo, inicie sesión en su cuenta de miembro en ascensionpersonalizedcare.com para acceder a una versión digital. También puede comunicarse con el servicio de atención al cliente de Ascension Personalized Care llamando al 833-600-1311 y pedir que le envíen una tarjeta.

Si necesita que le reemplacen la tarjeta de farmacia, puede comunicarse con el servicio de asistencia de MaxorPlus al 888-839-4448.

Comunicaciones

Boletín de noticias para miembros

Nuestros boletines para miembros se envían mensualmente por medio de correo electrónico y trimestralmente a nuestros miembros que no tienen direcciones de correo electrónico. Los boletines también están disponibles en línea en ascensionpersonalizedcare.com/members-home/member-resources/news/member-newsletters. Cada boletín da información útil sobre la salud y el bienestar, información de los beneficios del plan y las últimas novedades de Ascension Personalized Care.

Explicación de los beneficios (EOB)

Una EOB es una herramienta útil para hacer un seguimiento de sus beneficios de atención médica de Ascension Personalized Care. Le muestra cómo su plan médico procesó un reclamo de atención médica. Las EOB se parecen a una factura, pero funcionan diferente. La EOB tendrá el formato de una carta que incluye un cuadro en el que se muestra cómo se tramitó su reclamo. Siempre revise su EOB y asegúrese de que la información que aparece sea correcta. Si falta información o esta es incorrecta, o si tiene dudas sobre su EOB, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente llamando al 833-600-1311.



Qué cubre

Resumen general de los servicios cubiertos

Los beneficios médicos esenciales (EHB) son un conjunto de 10 servicios que cada plan médico debe cubrir en virtud de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio. Estos 10 beneficios médicos esenciales son:

- Servicios para paciente ambulatorio (también conocido como atención médica ambulatoria). Esto incluye todos los servicios que puede recibir sin permanecer en el hospital
- Servicios de emergencias
- Hospitalización
- Atención médica durante el embarazo, la maternidad y del recién nacido
- Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, incluyendo el tratamiento de salud conductual
- Medicamentos con receta médica
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y de habilitación
- Servicios de laboratorio
- Servicios de prevención y bienestar y manejo de enfermedades crónicas
- Servicios pediátricos, incluyendo la atención médica oral y de la vista (la cobertura dental y de la vista para adultos no son beneficios de salud esenciales)



Consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) o los documentos del plan para obtener más información sobre los EHB y los límites que puedan aplicarse.

Plan de beneficios

Un plan de beneficios es una lista de los servicios cubiertos por el plan médico e incluye información de los copagos, deducibles y cualquier otro cargo. Inicie sesión en el portal para miembros para encontrar información sobre los beneficios específicos de su plan. También puede obtener esta información en la EOC o llamándonos.

Resumen de los beneficios y cobertura

El resumen de los beneficios y cobertura (SBC) es un documento que muestra la información sobre los deducibles y el copago, y todo lo que está cubierto por el plan de seguro médico. Inicie sesión en el portal para miembros para encontrar información sobre los beneficios específicos de su plan. También puede obtener esta información en la EOC o llamándonos.

Resumen de los beneficios y la cobertura

El plan Ascension Personalized Care no cubre por el momento la atención dental ni la atención de la vista de rutina en adultos. Consulte su resumen de beneficios y cobertura sobre la información específica del plan para los exámenes de la vista y los anteojos y lentes para niños, y una lista general de otras exclusiones.

Evidencia de cobertura

La evidencia de cobertura (EOC), también conocida como póliza de seguro, es un documento que describe en detalle los beneficios de atención médica que cubre su plan de Ascension Personalized Care. Los miembros pueden acceder a la EOC mediante ascensionpersonalizedcare.com/members-home/member-resources/understanding-benefits/evidence-of-coverage.

Facturación

Cómo pagar la prima

Ascension Personalized Care le facilita el pago de sus primas todos los meses ofreciéndole varias formas de pago: Cuando elige nuestro plan en [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov), puede usar la característica de PAY NOW (PAGAR AHORA) en el intercambio para hacer su primer pago inmediatamente, el pago vinculante, para garantizar que su cobertura esté activa en la fecha de inicio.

- Puede hacer un pago único en el sitio web o puede iniciar sesión en su cuenta. Puede hacer el pago de la prima en línea con una tarjeta de débito/crédito, una tarjeta de débito prepaga, Google Pay o Apple Pay.
- Puede enviar el pago a la dirección que aparece abajo, enviando un cheque en papel, un cheque de caja o una orden de pago a:
US Health and Life Insurance Company
PO Box 72152
Cleveland, OH 44192
Los cheques deben hacerse a nombre de: US Health and Life Insurance Company.
Atención: Cada uno de los cheques debe incluir su número de factura o ID de la Bolsa Federal.
- También puede configurar pagos automáticos para deducir la prima mensual de su tarjeta de débito, crédito o débito prepago. Los miembros podrán almacenar y administrar su información de pago y tienen la capacidad de activar o desactivar el pago automático.
- Para asistencia sobre el pago por teléfono, comuníquese con nuestro equipo de servicio al cliente al 833-600-1311

Consulte su saldo y sus pagos

Para encontrar información de su saldo y pagos, inicie sesión en su portal de miembros. Si tiene más preguntas, comuníquese al 833-600-1311 con nuestro equipo de atención al cliente. **Tenga en cuenta:** los saldos pendientes se cobrarán hasta por 12 meses.

Fecha de pago

El pago de la prima debe hacerse en su totalidad en la fecha de pago designada. También puede pagar la prima completa antes de tiempo. Si no se recibe el pago completo en la fecha de pago, se considerará atrasado. Le recomendamos establecer pagos automáticos y pagar el saldo a tiempo para evitar que sus beneficios estén en riesgo y su cuenta esté vencida.

Recordatorios importantes

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio da un período de gracia de 90 días para los miembros al Crédito Fiscal Anticipado de la Prima (APTC) y un período de gracia de 30 días para los miembros sin APTC, para ayudarlo a evitar la cancelación de su cobertura. Si terminó el período de gracia, su cobertura quedará anulada y usted será responsable del pago total de todos los reclamos hechos después de que su cobertura haya finalizado.



Administración de la utilización

Ascension Personalized Care usa a Ascension Care Management Insurance Holdings (ACMIH) como administrador de la utilización (UM). ACMIH revisa los pedidos de ciertos servicios de atención médica y toma decisiones sobre cómo cubrimos la atención médica. Todas las decisiones del UM se basan en las necesidades médicas de los miembros y en los beneficios actuales. El equipo de administración de la utilización determinará si el servicio es médicamente necesario y comprobará si está cubierto por Ascension Personalized Care. Si no está de acuerdo con nuestra decisión por algún motivo, usted o su médico pueden pedir una apelación.

Ascension Care Management Insurance Holdings no recomienda a los médicos ni a terceros que limiten los servicios. No creamos barreras para recibir atención médica. Los médicos y los terceros no son premiados por limitar o negar atención médica. Los médicos usan las pólizas médicas y los beneficios del plan para determinar los tratamientos y servicios necesarios.

Autorización previa

Revisión del proceso de autorización

Una autorización previa es una aprobación que el miembro debe recibir de su plan médico antes de acceder a ciertos tratamientos, medicamentos o servicios. Su médico pedirá una autorización previa para usted. Debe tener una autorización previa de Ascension Personalized Care antes de completar el servicio o procedimiento. **Atención**, en caso de emergencia, NO es necesaria la autorización previa. Si usted ingresa en el hospital debido a una necesidad de atención urgente o de emergencia, su médico o el centro de admisión deben notificar a Ascension Personalized Care antes del segundo día hábil de su estancia.

Si no se obtiene la autorización previa para servicios que necesitan autorización previa, el servicio **no se pagará, excepto** en las siguientes circunstancias atenuantes:

- La solicitud se recibe en el plazo de 90 días calendario de la fecha del servicio.
- Incapacidad de conocer la situación: el clínico o el centro no pueden identificar a qué plan médico pedir una autorización. El miembro no puede informar al clínico sobre su cobertura de seguro o el clínico verificó una cobertura de seguro diferente antes de prestar los servicios.
- Situaciones en las que no hay tiempo suficiente: el miembro necesita servicios médicos inmediatos y el clínico no puede anticipar la necesidad de una autorización previa inmediatamente antes o mientras presta un servicio.
- Le dan el alta a un miembro de un centro y no hay tiempo suficiente para que los servicios de atención médica en casa o institucional reciban la aprobación antes de la prestación del servicio.

¿Por qué necesito una autorización previa?

La autorización previa sirve para garantizar que:

- El servicio es médicamente necesario
- El servicio se presta en el ámbito de atención médica adecuado
- El médico está correctamente identificado como dentro o fuera de la red
- Se identifican las circunstancias médicas especiales que necesitan revisión y seguimiento

Servicios que necesitan autorización previa

Ingresos en el hospital (salvo los ingresos en maternidad). Pueden ser electivos, planificados de antemano o no relacionados con una emergencia.

- Estancia en el hospital por más de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea
- Estancias hospitalarias para rehabilitación (recuperación de pacientes hospitalizados de corta duración)
- Atención médica en casa (incluyendo la enfermería y algunos servicios de infusión en casa)
- Ciertos equipos médicos duraderos (DME)
- Trasplantes: órgano sólido (por ejemplo, hígado) o médula ósea/células madre
- Operación o procedimientos para pacientes ambulatorios
- Pruebas genéticas
- Radiología de alta tecnología (MRI, escaneos CT)
- Medicamentos de beneficio médico administrados en consultorio o infusiones de medicamentos especializados

Una lista completa de los servicios que necesitan autorización previa se publica en ascensionpersonalizedcare.com y también en su EOC.

También puede llamar al servicio de atención al cliente de Ascension Personalized Care al 833-600-1311 o llame directamente a Ascension Care Management Insurance Holdings al 844-995-1145.

¿Cómo puede pedir mi médico una autorización previa?

Su médico puede:

- Ver el estado de una autorización visitando el portal del clínico en ascensionpersonalizedcare.com
- Enviar un fax de un Formulario de Autorización Previa completado al 512-380-7507
- Llamar a Ascension Care Management Insurance Holdings al 844-995-1145
- Enviar un correo electrónico a Ascension Care Management Insurance Holdings shp-authorization@ascension.org

Proceso de apelación clínica

Cómo presentar una apelación

Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión sobre su atención, usted o su médico pueden pedir una apelación oral o por escrito. Una apelación es cuando se rechazó su reclamo y quiere que revisemos y reconsideremos nuestra decisión.

Una persona que actúe en su nombre también puede pedir una apelación y ayudarlo con el proceso de apelación. La persona que actúe en su nombre puede ser un familiar, amigo, abogado o la persona que usted elija. A esta persona se le llama representante autorizado. Un representante autorizado debe presentar una "Solicitud de nombramiento de representante personal" firmada. Este formulario puede encontrarlo en el sitio web de Ascension Personalized Care > Agents (Representantes) > Agent and Member Forms (Formularios para representantes y miembros) > Managing Private Information (Manejo de información privada).

Un clínico autorizado que no haya revisado su caso antes revisará la apelación. Este clínico tiene la misma especialidad o una similar a la que suele tratar su condición médica.

Usted, su médico o su representante autorizado debe pedirnos una apelación en el plazo de 180 días calendario después de la fecha de esta carta.

- Apelación por escrito:** para presentar una apelación por escrito, envíe la apelación por correo o fax a:
 Ascension Care Management Insurance Holdings
 Attention: Appeal Department
 1345 Philomena St., Suite 305
 Austin, TX 78723
 Fax: 512-380-7407
 Correo electrónico: shp-authorization@ascension.org
- Apelación oral:** para presentar una apelación oral, llame sin costo al siguiente número: 877-995-1145 (TTY: 586-639-1214)

Hay dos tipos de apelaciones:

- Apelación estándar:** es una apelación por atención que no es una condición o tipo de servicio que califica para una apelación acelerada.
- Apelación acelerada:** una apelación acelerada es la revisión que puede pedir para: atención de emergencia, condiciones que amenazan la vida, prevención de daños graves y atención actual para un paciente hospitalizado. Usted también puede pedir una apelación acelerada para medicamentos con receta e infusiones intravenosas que ya le estén administrando. También se puede presentar una apelación acelerada en caso de que se deniegue una solicitud de excepción al protocolo de terapia escalonada.

Qué esperar después de presenta la apelación

Enviaremos a la persona que pidió la apelación una carta diciéndole que recibimos la solicitud. Enviamos la carta en el plazo de cinco días laborables a partir de la fecha en la que recibimos la apelación. Nuestra carta le dirá si necesitamos algún otro documento o información para revisar su apelación. Si la apelación es oral, le enviaremos un formulario de apelación de una página. Usted no tiene que devolver el formulario de apelación, pero lo animamos a que lo devuelva porque el formulario nos ayudará a resolver la apelación.

Usted puede ver el expediente médico, las directrices y otra información que usamos para tomar nuestra decisión. Cuando se solicite, enviaremos esta información de manera gratuita.

Si la apelación es sobre una cuestión médica, su médico puede hablar con el clínico que revisará la apelación.

Nuestras fechas límite para resolver la apelación y enviar la carta con nuestra decisión a usted o a su representante autorizado y a su médico son:

- **Apelación estándar:** 30 días calendario después de recibir la apelación (servicio previo en Kansas: 15 días; servicio previo en Indiana: 20 días).
- **Apelación acelerada:** lo que sea más corto entre un día laborable a partir de la fecha en que recibimos toda la información necesaria para completar la apelación o 48 horas a partir de que recibimos la apelación. Podemos darle nuestra decisión por teléfono o por transmisión electrónica. También podemos enviarle una carta. Le enviaremos una carta en el plazo de tres días laborables a partir del aviso telefónico o aviso electrónico, o de 72 horas a partir de que recibamos la solicitud, lo que ocurra primero.
- **Apelación retrospectiva (reclamo):** 30 días calendario después de recibir la apelación. Sin embargo, podemos extender este plazo una vez por un período que no exceda los 15 días.

Proceso de revisión externa (revisión independiente):

Si tiene una condición que amenaza la vida, o si no se cumplen los plazos de nuestro proceso interno de apelación, o denegamos la apelación, usted, su representante autorizado o su médico tienen derecho a pedir una revisión por un revisor externo. El revisor externo no está afiliado al plan médico, a los revisores clínicos o a nosotros.

Aceptaremos la decisión del revisor externo (ER) relacionada con la necesidad médica, la idoneidad o el carácter experimental o de investigación de los servicios de atención médica para usted.

Seremos responsables del pago de los gastos de la revisión externa.

Si usted, su representante autorizado o su proveedor tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación, comuníquese con nosotros al 844-995-1145 (TTY: 586-693-1214).

¿Cómo pedir una revisión externa (independiente)?

Para pedir una revisión externa, usted, su representante autorizado o el médico del expediente puede pedir una revisión externa, según el estado en el que usted (el miembro) vive:

Para los miembros de Indiana y Tennessee: puede pedir una revisión externa (ER) cuando nosotros tomamos las siguientes decisiones: Una determinación adversa de idoneidad; una determinación adversa de necesidad médica; la determinación de que un servicio es experimental o de investigación.

- Usted, su representante autorizado o su médico puede pedir una revisión externa en el plazo de 120 días a partir de la recepción de la carta de resolución de la apelación.
- Puede pedir una ER acelerada si el plazo de una revisión estándar pusiera en grave peligro su vida o su salud o su capacidad para alcanzar y mantener la máxima funcionalidad.
- Puede pedir una ER estándar para una apelación de atención que no es por una condición o tipo de servicio que califica para una ER acelerada.
 - No puede pedir más de una solicitud de ER por el servicio relacionado con la apelación.
 - La solicitud la puede enviar usted, el médico que actúa en su nombre con una autorización por escrito de usted o su representante legalmente autorizado. La solicitud por escrito se debe enviar a:

Ascension Care Management Insurance Holdings

Attention: Appeal Department

1345 Philomena St., Suite 305

Austin, TX 78723

Fax: 512-380-7507

Correo electrónico: shp-authorization@ascension.org

- Cuando se recibe una solicitud para un ER, nosotros:
 - Seleccionaremos una organización de revisión independiente diferente (IRO) para cada solicitud de revisión externa de la lista de organizaciones de revisión independiente (IRO) certificadas por el Departamento de Seguros; (Insurance department)
- Usted no pagará ninguno de los costos de la IRO, nosotros pagaremos todos los costos.
- La decisión de la IRO es vinculante para el Plan y para nosotros.
- Sus derechos:
 - No estará sujeto a represalias por solicitar una ER;
 - Podrá recurrir a otras personas para que lo ayuden durante el proceso de revisión, incluyendo clínicos de atención médica, abogados, amigos y familiares.
 - Podrá enviar más información durante el proceso de revisión; y
 - Usted cooperará con una IRO al entregar inmediatamente cualquier información que pida la IRO.
- Nosotros cooperaremos con la IRO al:
 - dar cualquier información médica solicitada; o
 - autorizar la revelación de cualquier información médica necesaria.

Determinaciones de la IRO:

- Plazos para las determinaciones:
 - Para sala de emergencias acelerada, en el plazo de 72 horas después de que se reciba la apelación;
 - La IRO nos informará la determinación, en el plazo de 72 horas después de la recepción de la revisión externa o
 - Para una ER estándar, en el plazo de 15 días laborables después de que recibir la apelación;
 - La IRO nos informará de la determinación, en el plazo de 72 horas después de tomar la decisión.
- La IRO tomará una decisión para mantener o revocar nuestra resolución de la apelación basándose en la información recopilada de usted, su representante autorizado, su proveedor, nosotros y cualquier otra información que la IRO considere necesaria y apropiada.
- Al tomar la decisión, una IRO usará:
 - Los estándares de toma de decisión que se basan en evidencia clínica objetiva; y
 - Los términos de su póliza de seguros.

Presentación de nueva información y reconsideración:

- Si, en cualquier momento durante el proceso de ER, usted nos presenta información que no consideramos durante la primera apelación:
 - Podemos reconsiderar la resolución; y
 - Si elegimos reconsiderarla, la IRO deberá detener el proceso de ER hasta que se complete la reconsideración.
- Reconsideraremos nuestra decisión de la apelación si se recibe nueva información y le avisaremos la decisión:
 - en el plazo de 72 horas después de que recibamos la información, para una reconsideración acelerada, cuando tenga una condición que pueda poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar y mantener el máximo de sus funciones; o
 - en el plazo 15 días después de recibir la información, para una reconsideración no descrita arriba.
- Si nuestra decisión no cambia y no podemos aprobar el servicio, puede pedir que la IRO reanude la ER.
- Si elegimos no reconsiderar la resolución, remitiremos la información presentada a la IRO en no más de dos días laborables después de recibir la información.

Las preguntas respecto a su póliza o su cobertura deberían enviarse a: US Health and Life Insurance Company al 800-211-1534, (TTY: 586-693-1214).

Para los miembros de Kansas: puede pedir una revisión externa (ER) cuando:

- Terminemos la apelación y no hayamos aprobado los servicios, O
- Usted no recibe una decisión de nosotros en el plazo de 60 días a partir de haber pedido una apelación, a menos que usted haya pedido un aplazamiento.
- Si tiene una condición médica de emergencia, puede pedir una revisión externa antes de terminar el proceso de apelación con nosotros.

Proceso:

- Usted o su representante autorizado **puede pedir una revisión externa en el plazo de 4 meses** desde la recepción de la carta de resolución de la apelación. La solicitud se debe hacer por escrito. Cuando la solicitud la haga su médico, actuando en su nombre, usted o su representante legalmente autorizado deberán enviar una autorización por escrito. La solicitud por escrito se debe enviar a:

Kansas Insurance Commissioner
 Kansas Insurance Department
 420 SW 9th Street
 Topeka, KS 66612
 785-296-3071 o 800-432-2484

- En el plazo de 10 días laborables a partir de la recepción de la solicitud (inmediatamente, cuando se trate de una condición médica de emergencia), el Comisionado de Seguros de Kansas le avisará si se permite la solicitud de revisión externa.
- La organización de revisión externa (ERO) le enviará una carta con la decisión en el plazo de 30 días laborables.
- La ERO hará una revisión acelerada cuando tenga una condición médica de emergencia. La ERO tomará una decisión en el plazo de 72 horas, después de la recepción de la solicitud, o tan rápido como sea necesario para su condición o situación médica.
- Usted no puede pedir más de una ER para el servicio solicitado en un año.

Para los miembros de Texas: si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación y esta implica un criterio médico, tiene derecho a pedir una revisión externa por parte de un tercero independiente. Usted, la persona que actúe en su nombre, un abogado o su médico puede pedir una revisión externa en un plazo de 4 meses a partir de la recepción de la decisión de la apelación.

Cómo pedir una revisión externa

Maximus Federal Services, Inc. es la organización de revisión independiente que hará la revisión externa. Puede utilizar los formularios de Maximus para pedir una revisión externa o enviar una solicitud por escrito, incluyendo cualquier información adicional para la revisión. Puede obtener los formularios de Maximus llamando a Servicios para Miembros de Maximus al 888-866-6205, o en línea a externalappeal.com.

Complete uno o los dos formularios de Maximus en función de quién pide la revisión externa. Complete:

- El Formulario de solicitud de revisión externa federal administrada por el HHS para pedir una revisión externa usted mismo.
- Tanto el Formulario de solicitud de revisión externa federal administrado por el HHS como el Formulario de designación de representante si quiere que su proveedor u otra persona pida la revisión externa en su nombre.
 - Tanto usted como su representante autorizado deben completar este formulario.

O bien, envíe una solicitud por escrito con la siguiente información:

- Nombre
- Dirección
- Teléfono
- Dirección de correo electrónico
- Si la solicitud es urgente
- Firma del miembro, padre o tutor legal, o representante autorizado
- Una breve descripción del motivo por el que no está de acuerdo con nuestra decisión

Envíenos sus formularios o su solicitud por escrito a:

Seton Health Plan Medical Management

1345 Philomena St., Suite 305

Austin, TX 78723

Fax: 512-380-7507

Correo electrónico: shp-authorization@ascension.org

También puede enviar su solicitud directamente a Maximus de una de las maneras que se mencionan abajo:

En línea:

[Externalappeal.com](https://externalappeal.com) en el apartado "Request a Review Online" (Solicitar una revisión en línea)

Por correo:

MAXIMUS Federal Services

3750 Monroe Ave., Suite 705

Pittsford, NY 14534

Fax: 888-866-6190

Si envía más información a Maximus para la revisión, se compartirá con Seton Health Plan, para que podamos reconsiderar la denegación. Si tiene preguntas durante el proceso de revisión externa, comuníquese con Maximus al 888-866-6205 o vaya a externalappeal.com.

Puede pedir una revisión externa acelerada:

- Si usted pidió una apelación acelerada después de nuestra denegación inicial y la espera de hasta 72 horas pondría en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su máxima funcionalidad, puede pedir una revisión externa acelerada al mismo tiempo
- Si la espera de hasta 45 días calendario para una revisión externa estándar puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su máxima funcionalidad
- Si la decisión de la apelación se refiere a un ingreso, la disponibilidad de la atención, la continuación de la estancia o a un servicio de atención médica para el que se recibieron servicios de emergencia, pero al miembro no lo han dado de alta en el centro

Cómo pedir una revisión externa acelerada

En línea: puede seleccionar "expedited" (acelerada) cuando presente la solicitud de revisión

Correo electrónico: FERP@maximus.com

Por teléfono: proceso federal de revisión externa al 888-866-6205 ext. 3326

Si presenta una apelación o solicita una revisión externa, no usaremos esa información en su contra ni en la de su proveedor.



Dónde se recibe atención médica

Proveedor de atención primaria (PCP) / proveedor de atención especializada (SCP)

Ser miembro de Ascension Personalized Care significa que siempre tendrá acceso a nuestros sitios y médicos dentro de la red. Para buscar un médico o un centro, haga clic en el botón Find a Doctor (Busque un médico) en la parte superior de ascensionpersonalizedcare.com. Desde ahí, podrá ver una lista de médicos y centros dentro de la red.

También tendrá la opción de filtrar los resultados de su búsqueda según el centro, la especialidad, la aceptación de nuevos pacientes, el idioma, el sexo y más. O puede llamarnos directamente al 833-600-1311 para que lo ayudemos a encontrar la atención médica adecuada para usted.

Si no puede encontrar a un médico en nuestro sistema, es posible que no esté dentro de la red y que no esté cubierto. Llame a Uniquely Ascension Service Center al 833-600-1311 si necesita ayuda para encontrar un médico dentro de la red.

También está disponible una copia del directorio de clínicos, cuando se pida. Envíe su solicitud a apcsupport@ascension.org. También puede encontrar una versión en PDF en nuestro sitio en ascensionpersonalizedcare.com/provider-directory.

Atención virtual

Muchos médicos de atención primaria tienen la opción de ver pacientes mediante visitas virtuales. También puede usar otras opciones de atención virtual con médicos dentro de la red. Para programar una visita virtual, comuníquese con su médico de atención primaria o visite ascensionpersonalizedcare.com/find-a-doctor.

Atención de urgencia/clínicas de atención urgente

Ascension Personalized Care tiene muchas opciones de tratamiento que podrá elegir, incluyendo la atención de urgencia. Los equipos de atención de urgencia de Ascension trabajarán de cerca con usted para darle un diagnóstico adecuado y a tiempo además de un plan de atención médica para que usted y sus seres queridos se pongan de inmediato en el camino a la recuperación. No necesita una cita para nuestra atención de urgencia y los centros de consulta sin cita.

Hospitales/salas de emergencia

Como miembro de Ascension Personalized Care, podrá recibir atención de urgencia las 24 horas de los 7 días de la semana cerca de su casa. Los médicos de urgencias certificados y los equipos de atención de la sala de emergencias de los centros de atención de Ascension trabajan rápidamente para escuchar, comprender y tratar sus necesidades, proporcionando una atención compasiva desde el mismo momento en que usted ingresa. Nuestras salas de emergencia tienen todo el personal necesario y están listas cuando necesite atención médica por una lesión o enfermedad grave o potencialmente mortal.

Qué hay que hacer fuera del área de cobertura

Los médicos fuera de la red **no** están cubiertos por su plan Ascension Personalized Care. Si ve a un médico que no está en la red de Ascension Personalized Care usted será responsable por la cantidad total del servicio. Tal vez haya algunas pocas situaciones en que necesite consultar a un médico fuera de la red. Complete el [formulario](#) de solicitud de la red (Ascension Personalized Care > Agents [Representantes] > Agent and Member Forms [Formularios para representantes y miembros] > Out-of-network claim forms [Formularios de reclamo fuera de la red]) y presente el formulario completo al departamento de administración de la utilización, ya que ellos deben revisar todas las solicitudes de necesidad médica antes de que un médico fuera de la red preste cualquier servicio. Cuando un médico fuera de la red preste servicios de emergencia, estos se cubrirán al nivel de los prestados por un médico de la red, cuando los servicios prestados sean por una emergencia médica.

Encuentre la atención adecuada para usted

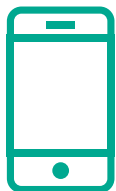
Ya sea que necesite atención de emergencia, atención de urgencia o quiera hablar con un médico en línea o en persona, podemos ayudarlo a encontrar la atención adecuada cerca de su casa.



Atención en cualquier momento: atención primaria y atención especializada

Cuando no sea una emergencia y el consultorio del médico esté abierto, hable con el médico sobre sus enfermedades o lesiones leves. Programe una cita el mismo día, para el día siguiente, una consulta sin cita o una cita virtual.

- Chequeos anuales
- Evaluaciones
- Preocupaciones nuevas
- Salud emocional
- Programación de pruebas por imágenes y de laboratorio
- Recetas mediante Ascension Rx



Atención en línea: visitas virtuales con el médico

Hable con un médico 24/7, desde cualquier lugar en el que esté, sobre atención que no sea de emergencia para varios síntomas y condiciones, incluyendo:

- Sinusitis, condiciones de las vías respiratorias superiores
- Alergias estacionales
- Infecciones de las vías urinarias
- Dolor de garganta/estreptococos/resfriado/gripe/fiebre



Atención hoy: atención de urgencia/atención exprés/atención inmediata

Cuando no es una emergencia, pero necesita atención inmediata. Obtenga atención en el mismo día, sin cita, para enfermedades o lesiones leves, como:

- Reacción alérgica leve
- Mordeduras
- Quemaduras leves
- Asma leve
- Dolor de espalda repentino, pero moderado
- Fiebre alta
- Esguinces o distensiones musculares
- Cortaduras que necesitan puntos de sutura



Atención inmediata: Atención en la ER 24/7

Los equipos de atención en la ER de Ascension están aquí cuando usted más nos necesita. Nuestros equipos trabajan rápidamente para escuchar y comprender sus necesidades durante una enfermedad o lesión grave. Después de su visita, lo pondremos en contacto con la atención de seguimiento adecuada para usted. Visite una ER dentro de la red de Ascension si usted o un ser querido tiene una enfermedad o lesión que pone en riesgo su vida, como:

- Reacciones alérgicas graves
- Si tiene dolor de estómago intenso
- Dolor de espalda intenso y repentino
- Trauma grave
- Dolor de pecho
- Debilidad repentina, dificultad para hablar, entumecimiento, dificultad para caminar o pérdida de la consciencia



¿No está seguro de qué atención necesita?

Hable con un enfermero 24/7. Reciba respuestas a sus preguntas de salud y descubra si necesita ver a un médico o visitar una clínica de atención de urgencia o rápida.

- Indiana: 855-702-2764
- Kansas: 855-702-2656
- Tennessee: 833-945-0482
- Texas: 833-520-1711

Farmacia

La cobertura de medicamentos recetados de Ascension se incluye automáticamente en su plan Ascension Personalized Care. En 2024, MaxorPlus será el proveedor de farmacia. Estas son algunas maneras de sacar el máximo provecho de su plan de beneficios de farmacia:

Farmacias de la red para medicamentos con receta

Los miembros de Ascension Personalized Care pueden acceder a las farmacias de la red MaxorPlus para obtener sus medicamentos con receta. La “Red de farmacias selectas” de MaxorPlus está compuesta por más de 63,000 farmacias en todo el país que pueden ayudar a los miembros con sus recetas no especializadas. Esta red de farmacias selectas MaxorPlus para Ascension Personalized Care también incluye más de 60 farmacias Ascension Rx en todo el país, listas y disponibles para ayudar a los miembros de Indiana, Kansas, Tennessee y Texas.

Farmacias de especialidades para recetas de especialidades (en el beneficio de Rx, no médicas)

Los medicamentos especializados generalmente tienen un costo alto y se usan para tratar condiciones médicas crónicas y complejas. También pueden ser medicamentos difíciles de tomar o con necesidades especiales de manipulación, envío y almacenamiento. Suelen ser medicamentos autoadministrados para tratar condiciones médicas como la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple, la psoriasis, la fibrosis quística, el cáncer o la hemofilia. Si necesita una farmacia de especialidades, pida a su médico o clínico que complete su receta mediante cualquiera de las farmacias de especialidades disponibles en todo el país en la red de farmacias selectas de MaxorPlus.

Si le recetaron un “medicamento especializado de distribución limitada”, comuníquese con la farmacia de especialidades de Ascension Rx al 855-292-1427 para obtener ayuda. El horario de atención de la farmacia de especialidades de Ascension Rx es de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. EST. Tenga en cuenta que algunos medicamentos especializados de distribución limitada pueden necesitar que use una farmacia de especialidades que esté específicamente asignada a ese medicamento.

Farmacia de venta por correo para medicamentos con receta de mantenimiento

Los miembros de Ascension Personalized Care pueden acceder a las farmacias de Ascension Rx Home Delivery para recetas por correo. Puede pedir que le surtan y entreguen en casa sus recetas de mantenimiento. Para obtener más información, visite ascensionrx.com para inscribirse y dar la información de pago.

Lista de medicamentos cubiertos

La lista de medicamentos cubiertos (formulario) es una lista de medicamentos con receta, genéricos y de marca, que están cubiertos por Ascension Personalized Care mediante nuestro administrador de beneficios de farmacia (PBM), MaxorPlus. Para buscar la lista de medicamentos cubiertos (formulario) en línea, visite ascensionpersonalizedcare.maxorplus.com/formulary. Si quiere que le enviemos una copia de la lista de medicamentos cubiertos (formulario), envíe la solicitud por correo electrónico a apcsupport@ascension.org.

Preguntas sobre copago de recetas y servicio al cliente

Si usted, o su médico tiene preguntas sobre los medicamentos que cubrirá su Plan de Ascension Personalized Care en 2024, el reconocido equipo de Servicios para Miembros de MaxorPlus está disponible para ayudarlo 24/7/365 y puede comunicarse con ellos al 888-839-4448. Comuníquese con MaxorPlus si tiene preguntas sobre los copagos de sus recetas.

Autorizaciones previas y apelaciones para medicamentos con receta (en beneficio de RX, no médicas)

Si su receta necesita una autorización previa (PA), su proveedor puede completar el formulario de solicitud de PA aquí: maxor.com/wp-content/uploads/2023/01/Maxor-Plus-Prior-Authorization-Request-Form.pdf y presentar la solicitud de autorización previa a MaxorPlus:

MaxorPlus Clinical Department
320 S Polk St.
Amarillo, TX 79101
Teléfono: 800-687-0707
Fax: 844-370-6203

Si se negó su petición de autorización previa, usted o su médico puede completar el formulario de apelaciones: maxor.com/wp-content/uploads/2020/04/MP_Member_Appeal_Rights_0.pdf y enviar el formulario de apelaciones a MaxorPlus:

MaxorPlus Clinical Department

320 S. Polk St.

Amarillo, TX 79101

Número de fax de apelaciones estándar de Rx APC: 844-370-6203

Número de fax de apelaciones aceleradas de Rx APC: 844-370-6203

Teléfono para apelaciones de medicamentos con receta (Rx): 800-687-0707

Inicie sesión en ascensionpersonalizedcare.com para obtener sus beneficios de farmacia

Al iniciar sesión en ascensionpersonalizedcare.com obtiene acceso para sus beneficios de farmacia y le permite:

- Consultar la historia de su reclamo de farmacia
- Leer información sobre sus beneficios
- Buscar y encontrar una farmacia local dentro de la red para surtir sus recetas
- Comparar precios de medicamentos y farmacias



Administración de la atención de Ascension

Ascension Care Management: simplificando y apoyando la atención médica

La administración de su atención médica puede llevar mucho tiempo, ser estresante y complicada. A veces resulta difícil encontrar un médico, entender un diagnóstico o administrar por sí mismo la condición médica. El equipo de administración de la atención de Ascension está aquí para ayudarlo a recorrer el complejo mundo de la atención médica. Además, sus servicios están disponibles sin costo alguno para usted a través de su plan médico de Ascension Personalized Care.

¿Qué es la administración de la atención?

La administración de la atención médica es un proceso de colaboración para valorar, coordinar, monitorear y evaluar los servicios y las opciones para cubrir sus necesidades y objetivos de atención médica. A través de la colaboración con sus médicos, nuestros administradores de atención médica pueden ayudarlo a administrar sus condiciones médicas de manera más eficaz. Los administradores de atención médica también pueden darle educación, recursos y el estímulo que necesita para apoyar su recorrido de atención médica.

¿Qué servicios tiene la administración de la atención?

El equipo de administración de la atención médica de Ascension está formado por enfermeros registrados, trabajadores sociales autorizados y trabajadores médicos de la comunidad para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su atención. Nuestros servicios incluyen:

- **Manejo de enfermedades**
Obtenga recomendaciones de los enfermeros registrados sobre cómo administrar las condiciones crónicas recién diagnosticadas o existentes, incluyendo la diabetes, la insuficiencia cardíaca, el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otras
- **Administración transicional de la atención**
Obtenga apoyo en la transición de un ingreso hospitalario a un centro de cuidados postoperatorios o de enfermería especializada
- **Programas de bienestar y de prevención**
Infórmese y manténgase en contacto con los recursos y programas que le permitirán estar al tanto de su salud
- **Administración de la atención médica compleja**
Obtenga una coordinación integral de la atención médica para mejorar la administración de una o varias condiciones crónicas complejas
- **Recurso de remisiones**
Póngase en contacto con los recursos locales para ayudarlo a aliviar las barreras, como el transporte hacia y desde los consultorios del médico, los costos de los medicamentos y más

Comenzar

Llámenos al 866-243-6703 o envíenos un correo electrónico a apccaremanagement@ascension.org.



Fraude, derroche y abuso

Autoridad de cumplimiento del programa FWA y responsabilidad

Ascension Personalized Care se compromete a identificar, investigar, sancionar y perseguir las sospechas de fraude, derroche y abuso. Los ejemplos incluyen:

- Observó un servicio o procedimiento en su EOB que nunca recibió
- Su médico habitualmente le cobra en exceso por los servicios prestados
- Alguien está utilizando su tarjeta de identificación para obtener servicios
- Otra persona, que no es usted ni su representante, recogió su medicación en la farmacia sin su conocimiento ni aprobación

Para denunciar una sospecha de fraude, derroche y abuso, llame al 833-600-1311.





Reclamos, quejas formales y apelaciones de los miembros

Disponemos de medidas para solucionar cualquier problema relacionado con el seguro que pueda tener. Para que esté satisfecho, aportamos procesos para presentar apelaciones o quejas. Tiene derecho a presentar una queja, a presentar una apelación y a pedir una revisión externa. Esperamos que siempre esté conforme con nuestros médicos y con nosotros. Pero si no lo está, o no logra encontrar respuestas a sus preguntas, disponemos de medidas que puede seguir:

- Proceso de solicitud de información
- Proceso de queja
- Proceso de queja formal
- Proceso de apelación
- Revisión externa por una organización de revisión independiente (IRO)
- Reclame al departamento de seguros de su estado: Departamento de Seguros de Kansas (Kansas Insurance Department), Departamento de Seguros de Indiana (Indiana Department of Insurance), Departamento de Comercio y Seguros de Tennessee (Tennessee Department of Commerce and Insurance), o Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance).

Su conformidad es muy importante para nosotros. Queremos saber qué problemas y preocupaciones tiene para poder mejorar nuestros servicios. Comuníquese con el equipo de Servicios para Miembros al 833-600-1311 (TTY: 586-693-1214) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. EST. o puede enviarnos un correo electrónico a apcsupport@ascension.org. Intentaremos responder a sus preguntas durante el contacto inicial, ya que la mayoría de las preocupaciones pueden resolverse con una sola llamada telefónica. Están disponibles los siguientes procesos para responder a sus preocupaciones:

Cómo presentar una solicitud de información

Una solicitud de información es un pedido de aclaración de un beneficio, un producto o una elegibilidad en la que no se expresa insatisfacción. Algunos ejemplos de solicitud de información:

- Cómo hacer un pago
- Cómo encontrar un médico o cambiar el proveedor de atención primaria
- Preguntas sobre facturación
- Preguntas sobre primas
- Cómo encontrar la identificación de los miembros

Cómo presentar una queja

Una queja es una expresión oral de insatisfacción. Algunas quejas se pueden resolver con un llamado telefónico. Algunos ejemplos incluyen:

- Duración de una consulta con el médico
- No encuentra un médico o no aceptan pacientes nuevos
- Varias interacciones con el servicio de atención al cliente y el problema sigue sin resolverse
- Problemas para inscribirse en el sitio web
- Necesita ayuda para encontrar información en el sitio web
- El médico o el personal fueron groseros

Para presentar una queja, llame a servicios para miembros al 833-600-1311 (TTY: 586-693-1214) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. EST. Para obtener una lista completa de definiciones, consulte la Evidencia de Cobertura.

Cómo presentar una queja formal

Una queja formal se refiere a cualquier insatisfacción con una aseguradora que ofrece un plan de beneficios médicos o con la administración de un plan de beneficios médicos por la aseguradora, expresada verbalmente o por escrito en cualquier forma a la aseguradora por, o en nombre de, un demandante, incluyendo cualquiera de las siguientes:

- Prestación de servicios
- Determinación de rescindir una póliza
- Determinación de un diagnóstico o nivel de servicio necesario para el tratamiento basado en la evidencia de los trastornos del espectro de autismo
- Prácticas de reclamo
- Cancelación de su cobertura de beneficios con nosotros

Los ejemplos de quejas formales son:

- La receta genérica no tenía el copago genérico aplicado
- El procedimiento preventivo no tenía una cobertura del 100 %
- Necesito que un coordinador de casos se comunique conmigo en relación con la atención médica en casa
- Inconvenientes con el consentimiento
- Reacción alérgica al medicamento recetado
- Preocupaciones con la cobertura del plan

Para presentar una queja formal, llame a servicios para miembros al 833-600-1311 (TTY: 586-693-1214) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. EST.

Puede presentar una queja formal de manera verbal, o por escrito, ya sea por correo o correo electrónico a Appeal.Fax@abs-tpa.com. Si necesita ayuda para presentar una queja formal o si no es capaz de presentarla por escrito, puede llamar al Servicios para Miembros al 833-600-1311 (TTY: 586-693-1214) para pedir ayuda durante el proceso. Le enviaremos una carta de acuse de recibo de su queja formal después de haberla recibido.

Envíe su formulario de queja formal por escrito a:

US Health and Life Insurance Company.
PO Box 1707
Troy, MI 48099-1707

Queja formal acelerada: si las preocupaciones de su queja formal son una emergencia o una situación en la que usted pueda verse forzado a dejar el hospital antes de tiempo, o si un proceso de resolución estándar pudiera poner en riesgo grave su vida, su embarazo o su salud.

Queja formal estándar: una queja formal que no cumple la definición de una queja formal acelerada.

Consulte la Evidencia de cobertura para conocer todos los procedimientos y procesos de queja, incluyendo la información específica de presentación y los plazos. Puede acceder a su Evidencia de cobertura en su portal para miembros. También puede presentar una queja formal con el Departamento de Seguros.

Cómo presentar una apelación

Una apelación es pedida para reconsiderar una decisión sobre los beneficios de un miembro, donde se negó un servicio o un reclamo. Una denegación incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra decisión de denegar, modificar, reducir o cancelar el pago, la cobertura, la autorización o la prestación de servicios o beneficios de asistencia médica, incluyendo el ingreso o la permanencia en un centro de asistencia médica. La no aprobación o denegación de una solicitud de autorización previa en tiempo y forma puede considerarse como una denegación y está sujeta al proceso de apelación. Ejemplos de una apelación:

- Acceso a los beneficios de la atención médica, incluyendo una determinación adversa hecha según la administración de la utilización.
- Ingreso o permanencia en un centro de atención médica
- Pago de reclamos, manejo o reembolso de servicios de atención médica
- Asuntos relacionados con la relación contractual entre un miembro y Ascension Personalized Care
- Cancelación de la cobertura de beneficios
- Otros asuntos exigidos específicamente por la ley o la reglamentación estatal

Para presentar una apelación por escrito, puede enviarnos su solicitud por correo o por email:

US Health and Life Insurance Company.

PO Box 1707

Troy, MI 48099-1707

Appeal_Fax@abs-tpa.com

Los plazos de resolución pueden variar según el tipo de apelación presentada. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información.

Apelación acelerada: si las preocupaciones de la apelación son una emergencia o una situación en la que usted pueda verse forzado a dejar el hospital antes de tiempo, o si cree que un proceso de resolución estándar pudiera poner en riesgo grave su vida, su embarazo o su salud.

Apelación estándar: una apelación que no cumple la definición de una apelación acelerada.





Derechos y responsabilidades de los miembros

Derechos de los miembros

Usted tiene ciertos derechos que se exponen abajo:

- Participar con los médicos en la toma de decisiones sobre su atención médica. Esto incluye la elaboración de cualquier plan de tratamiento y la toma de decisiones sobre la atención médica. Debe conocer los posibles riesgos, los problemas relacionados con la recuperación y las probabilidades de éxito. Tiene derecho a que no le den ningún tratamiento sin el consentimiento dado libremente por usted o por su representante legalmente autorizado para tomar decisiones. Tiene derecho a ser informado sobre sus opciones de atención
- Saber quién aprueba y quién hace los procedimientos o tratamientos. Se le debe explicar claramente todos los tratamientos probables y la naturaleza del problema
- Recibir los beneficios para los que tiene cobertura
- Ser tratado con respeto y dignidad
- Tener privacidad en su información médica personal protegida, según las leyes estatales y federales, y las políticas de Ascension Personalized Care
- Recibir información o hacer recomendaciones, incluyendo cambios, sobre la organización y los servicios de Ascension Personalized Care, la red de médicos de Ascension Personalized Care y sus derechos y responsabilidades
- Hablar con franqueza con sus médicos sobre la atención adecuada y médicamente necesaria para su condición médica, incluyendo los nuevos usos de la tecnología, independientemente del costo o la cobertura de los beneficios. Esto incluye información de su proveedor de atención primaria sobre lo que podría estar mal (al nivel conocido), el tratamiento y cualquier resultado probable conocido. El médico tiene que informarle sobre los tratamientos que pueden estar o no cubiertos por el plan, independientemente del costo. Usted tiene derecho a conocer los costos que deberá pagar. Esta información debe comunicarse de una manera que usted pueda comprenderla. Cuando no es apropiado darle información por razones médicas, la información puede darse a una persona con autorización legal. El médico le pedirá su aprobación para el tratamiento, a menos que haya una emergencia y su vida y su salud estén en serio peligro
- Hacer recomendaciones sobre los derechos, las responsabilidades y las políticas de los miembros de Ascension Personalized Care

- Expresar quejas o apelaciones sobre: Ascension Personalized Care, cualquier decisión sobre beneficios o cobertura que tome Ascension Personalized Care, la cobertura de Ascension Personalized Care o la atención médica prestada
- Participar con los médicos en la toma de decisiones sobre su atención y el derecho a rechazar el tratamiento de cualquier condición, enfermedad o dolencia sin poner en peligro el tratamiento futuro; y ser informado por el médico o los médicos sobre las consecuencias médicas
- Ver su expediente médico
- Mantenerse informado sobre los servicios cubiertos y no cubiertos, los cambios en el programa, cómo acceder a los servicios, la asignación de un proveedor de atención primaria, los médicos, la información sobre directivas anticipadas, las remisiones y autorizaciones, las denegaciones de beneficios, los derechos y responsabilidades de los miembros y otras normas y directrices de Ascension Personalized Care. Ascension Personalized Care le avisará antes de la fecha de entrada en vigor de las modificaciones. Dichos avisos incluirán lo siguiente:
 - Cualquier cambio en los criterios de revisión clínica
 - Una declaración del efecto de dichos cambios en su responsabilidad financiera por el costo de estos
- Tener acceso a una lista actualizada de médicos de la red. Además, puede acceder a información de educación, formación y consultorios médicos de la red
- Elegir un plan médico o cambiar de plan médico, dentro de las directrices, sin amenazas ni acoso
- Acceder adecuadamente a proveedores de atención médica y tratamientos o servicios calificados sin importar la edad, raza, credo, sexo, orientación sexual, país de origen ni religión
- Acceder a los servicios de urgencia y de emergencia médicamente necesarios, las 24 horas del día y los siete días de la semana
- Recibir información en un formato diferente en cumplimiento de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, si tiene una discapacidad
- Rechazar el tratamiento en la medida en que la ley lo permita. Usted es responsable de sus acciones, si se rechaza el tratamiento o si no se siguen las instrucciones del médico. Debe hablar de todas las preocupaciones que tenga sobre el tratamiento con su médico de atención primaria u otros clínicos. El médico de atención primaria u otro clínico debe hablar de los diferentes planes de tratamiento con usted. Usted debe tomar la decisión final
- Para elegir a un médico de atención primaria en la red. Tiene derecho a cambiar de médico de atención primaria o a pedir información de los médicos de la red que están cerca de su casa o de su trabajo
- Conocer el nombre y el cargo de las personas que le dan atención médica a usted. También tiene derecho a saber qué médico es su médico de atención primaria
- Tener acceso a un intérprete cuando no hable ni entienda el idioma de la zona
- A una segunda opinión por un médico de la red, sin costo alguno para usted, si cree que el médico de la red no autoriza la atención pedida, o si quiere más información sobre su tratamiento
- Ejecutar una directiva anticipada para las decisiones de atención médica. Una directiva anticipada ayudará al proveedor de atención primaria y a otros clínicos a entender sus deseos sobre su atención médica. La directiva anticipada no le quitará su derecho a tomar sus propias decisiones. Algunos ejemplos de directivas anticipadas incluyen:
 - Testamento en vida
 - Poderes de atención médica del abogado
 - Órdenes de "No reanimar"
- También tiene derecho a negarse a hacer directivas anticipadas. Nadie podrá discriminarlo por no tener una directiva anticipada

Responsabilidades de los miembros

- Leer su contrato de Ascension Personalized Care completo
- Tratar a todo el personal y a los profesionales de atención médica con educación y respeto
- Dar información precisa y completa sobre las condiciones actuales, las enfermedades pasadas, las hospitalizaciones, los medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud. Los miembros deben hacer saber si comprenden con claridad la atención médica que reciben y lo que se espera de ellos. Los miembros deben hacer preguntas a sus médicos para entender qué atención médica están recibiendo
- Revisar y comprender la información que reciben sobre Ascension Personalized Care. Los miembros deben conocer el uso adecuado de los servicios cubiertos
- Mostrar la tarjeta de identificación y asistir a las citas programadas con el médico, y llamar al consultorio en horario de atención, siempre que sea posible, en caso de que un miembro se retrase o cancele
- Los miembros deben establecer una relación con un médico de atención primaria. Los miembros pueden cambiar de médico de atención primaria en cualquier momento
- Leer y comprender de la mejor manera posible todo el material relacionado con sus beneficios de salud o pedir ayuda si la necesitan
- Comprender sus problemas médicos y participar junto con los médicos en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados por ambas partes en la medida de lo posible
- Dar, en la medida de lo posible, la información que Ascension Personalized Care o sus médicos necesiten para prestar atención médica
- Seguir los planes de tratamiento y las instrucciones de atención que hayan acordado con sus médicos de atención médica
- Comprender sus problemas médicos y reportar a sus médicos si no entienden el plan de tratamiento o lo que se espera de ellos. Los miembros deben trabajar con su proveedor de atención primaria para desarrollar objetivos de tratamiento acordados por ambas partes. Si los miembros no siguen el plan de tratamiento, tienen derecho a ser informados sobre los resultados probables de su decisión
- Seguir todas las directrices, disposiciones, políticas y procedimientos del plan de beneficios de atención médica
- Usar cualquier sala de emergencias solo cuando crean que tienen una emergencia médica. Para cualquier otro tipo de atención, los miembros deben llamar a su proveedor de atención primaria
- Dar toda la información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico que tengan en el momento de la inscripción. Si, en cualquier momento, los miembros obtienen otra cobertura de seguro médico además de la cobertura de Ascension Personalized Care, el miembro debe dar esta información a Ascension Personalized Care
- Pagar la prima mensual, todas las cantidades deducibles, los importes de copago o los porcentajes de participación en los gastos compartidos en el momento del servicio

Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA)

Como miembro de Ascension Personalized Care, podemos asegurarle que su información médica y de atención médica es privada y siempre estará protegida bajo la Norma de Privacidad HIPAA. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su expediente médico y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo exigen estas leyes.

Su "información médica personal" incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, y también su expediente y otra información médica y de salud.

Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados con la obtención de información y el control del uso de su información médica. Le entregamos un aviso por escrito, llamado "Aviso de prácticas de privacidad", que reporta sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea ni modifique su expediente.
- En la mayoría de las situaciones, si damos su información médica a alguien que no le esté prestando atención médica ni pagando su atención, primero estamos obligados a obtener su permiso por escrito. La autorización por escrito puede darla usted mismo o alguien a quien haya dado el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

Existen ciertas excepciones que no exigen que obtengamos primero su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley. Por ejemplo, estamos obligados a facilitar información médica a los organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención.

Estamos obligados a aportar su información médica a las agencias reguladoras gubernamentales. Puede ver la información en su expediente y saber cómo se ha compartido con otros. Tiene derecho a consultar su expediente médico en el plan y a obtener una copia de este. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que añadamos o corrijamos su expediente médico. Si nos pide que hagamos esto último, consultaremos con su proveedor de servicios de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se compartió su información médica con otras personas para cualquier propósito que no sea de rutina. Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llámenos.



Política de no discriminación

US Health and Life Insurance Company (USHL) y Ascension Personalized Care no excluye, niega beneficios, ni discrimina de ninguna manera a ninguna persona por motivos de raza, color, país de origen, discapacidad, sexo, religión o edad en el momento del ingreso, la participación o la recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, y en la asignación de personal y empleados a todos los asociados, ya sea hechas por USHL y Ascension Health directamente o a través de un contratista o de cualquier otra entidad con la que USHL y Ascension Health acuerden hacer sus programas y actividades.

Esta declaración se ajusta a las disposiciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (no discriminación por motivos de raza, color o país de origen), a la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (no discriminación por motivos de discapacidad), a la Ley de Discriminación por Edad de 1975 (no discriminación por motivos de edad), a la normativa del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU. emitida conforme a estos tres estatutos en el Título 45 del Código de Reglamentos Federales, Partes 80, 84 y 91, y la Sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio de 2010, 42 U.S.C.

§ 18116 (no discriminación sobre la base del sexo, incluyendo la identidad de género).

USHL y Ascension Health aporta medios y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros como, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información por escrito en otros formatos (audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

USHL y Ascension Health prestan servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el oficial de cumplimiento. Si cree que USHL y Ascension Health no han prestado estos servicios o han discriminado de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, discapacidad, sexo, religión o edad, puede presentar una queja formal ante:

Compliance Officer

800 Tower Drive

Troy, MI 48098

844-284-6750 Fax 586-693-4820

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el oficial de cumplimiento está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por vía electrónica mediante el Portal de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf, o por correo postal o electrónico en:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

OCRComplaint@hhs.gov

Tel: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Glosario de términos

Coseguro

La cantidad porcentual que paga después de haber alcanzado su deducible. Su plan de seguro médico pagará una parte de la factura médica y usted será responsable de pagar el resto.

Copago

Un cargo fijo que se paga cuando se visita al médico. Es una cantidad fija de dinero que usted paga por un servicio cubierto.

Servicios cubiertos

Servicios de atención médica que están cubiertos por un beneficio específico del plan de seguro médico y que no están excluidos en el plan. Se considera que son médicamente necesarios según las políticas médicas del plan y son pagados por este.

Deducible

La cantidad que usted paga por los servicios de atención médica antes de que su seguro médico comience a pagar.

Organización de proveedores exclusivos (EPO)

A menudo se la llama red estrecha. Es parecido a una HMO (organización para el mantenimiento de la salud) porque tiene una red exclusiva de médicos y no cubre la mayor parte de la atención fuera de la red. Pero una EPO le permite al paciente visitar a cualquier médico de su red sin necesidad de que lo remita su médico de atención primaria.

La Evidencia de Cobertura (EOC)

Un documento que da información detallada sobre lo que cubre su plan de seguro médico, la cantidad que pagará y más información sobre el plan.

Explicación de los beneficios (EOB)

Una declaración que describe los costos de la atención médica recibida. Explica qué parte de un reclamo se pagó al médico y cuánto le corresponderá pagar a usted.

Miembro

Una persona cubierta inscrita en el plan de seguro médico.

Proveedor de la red

Un profesional de atención médica (médico, enfermero de práctica avanzada, especialista en enfermería clínica o asistente médico) que tiene contrato con su plan de seguro médico para aportar una mejor tarifa.

Período de inscripción abierta (OEP)

Un momento específico de cada año en el que puede contratar un seguro médico o cambiar su cobertura o plan. El mercado de seguros federal está abierto del 1 de noviembre al 15 de diciembre todos los años.

Máximo de gastos de bolsillo

La cantidad máxima de dinero que deberá pagar durante el año del plan. Una vez alcanzado ese máximo de gastos de bolsillo, el plan de seguro médico cubrirá el 100 % de todos los gastos.

Plan

Hace referencia al plan del seguro médico de Ascension Personalized Care.

Prima

La cantidad que paga todos los meses para tener cobertura de seguro médico.

Autorización previa

Una autorización que el miembro debe recibir de su plan médico antes de acceder a ciertos tratamientos, medicamentos o servicios.

Plan de beneficios

Una lista de los servicios cubiertos por el plan médico e incluye información de los copagos, deducibles y cualquier otro cargo.

Período de inscripción especial (SEP)

Un momento determinado en el que puede inscribirse en el seguro médico si ha tenido cierto evento de vida. Esto puede incluir la pérdida de cobertura médica, una mudanza, casarse, tener un bebé o adoptar un niño.

Resumen de los beneficios y cobertura (SBC)

Un documento que muestra la información sobre los deducibles y el copago, y todo lo que está cubierto por el plan de seguro médico.

Programas de descuentos para miembros

Ascension Personalized Care se enorgullece de asociarse con otras organizaciones en nuestros mercados locales para ofrecer a nuestros miembros beneficios y descuentos exclusivos. Actualmente ofrecemos descuentos para mercados y comedores, membresías en gimnasios, deportes y entretenimiento y aparatos auditivos. Continuamente se agregan nuevas asociaciones a nuestro sitio web. Visite ascensionpersonalizedcare.com/members-home/member-resources/understanding-benefits/member-discount-programs para consultar la información más actualizada y los enlaces a ofertas especiales.

Deportes y entretenimiento

Indianapolis Zoo

Hay boletos con descuento para los miembros de APC para la temporada 2023/2024.

Nashville Predators

Reciba 5 % de descuento en los boletos para animar a los Nashville Predators y otras ofertas especiales en Bridgestone Arena.

Wichita Thunder

Reciba boletos con descuento para los juegos de hockey en Intrust Bank Arena.

Mercados y comedores

SmoothieBox

Reciba \$25 de descuento en su primer pedido.



TruHearing - Programa de descuento en el aparato auditivo

Una buena audición es importante para su salud. Por eso tiene acceso a TruHearing®, una solución auditiva integral. Los aparatos auditivos pueden ser caros, en promedio cuestan \$2,400 por audífono, pero el programa TruHearing le permite ahorrar entre un 30 % y un 60 % en los aparatos auditivos. La información del programa incluye:

- Tecnología de punta
 - La tecnología más reciente de los mejores fabricantes de aparatos auditivos
 - Soluciones auditivas para prácticamente cualquier tipo de pérdida auditiva
 - Precios significativamente más asequibles en los mismos modelos que se venden en las tiendas comerciales
- Atención personalizada
 - Guía y asistencia de un consultor en audición de TruHearing
 - Atención local y profesional de un proveedor autorizado en su zona
 - Un examen auditivo de 45 dólares más un año de visitas de seguimiento para adaptación y ajustes
- Ayuda en el camino
 - Una compra sin preocupaciones con 60 días de prueba sin riesgos y 3 años de garantía
 - 80 pilas gratuitas por aparato auditivo incluidas en los modelos no recargables
 - Guías para ayudarlo a adaptarse a sus nuevos aparatos auditivos

Ejemplos de ahorros (por aparato):

Los precios y productos están sujetos a cambios. Para obtener más información, visite truhearing.com.

Producto de muestra	Precio de venta en tiendas	Precio de TruHearing	Ahorros
TruHearing Advanced	\$2,445	\$1,250	\$1,195
Starkey® Livio™ 1000 R	\$1,795	\$975	\$820
Phonak® Audéo® M30-R	\$1,972	\$1,250	\$722
ReSound Quattro™ 5	\$2,427	\$1,370	\$1,057
Oticon Opn® S 3	\$2,454	\$1,425	\$1,029
Widex® Evoke® 330	\$2,965	\$1,725	\$1,240
Signia Styletto Nx® 7	\$3,449	\$2,195	\$1,254

Para obtener más información o pedir una cita con un proveedor cercano, comuníquese con un asesor de audición de TruHearing llamando al 1-855-695-7577.

Los precios de TruHearing más una asignación para un aparato auditivo pueden hacerle ahorrar aún más. ¿No está seguro si tiene una asignación? Llámenos para averiguar.

Active&Fit Direct

¿En el gimnasio o en casa? Lo mantendremos activo sea como sea. Con el programa Active&Fit Direct, tendrá acceso a:

- 11,000+ estudios y gimnasios estándar
- 5,000+ NUEVOS estudios de ejercicio premium y fitness centers
- 4,000+ videos digitales de entrenamiento
- NUEVO: posibilidad de comprar una membresía para su esposo/a o pareja doméstica
- Asesoramiento personalizado sobre estilo de vida
- Sin contratos a largo plazo

Todo a partir de solo \$25 por mes.

Inscríbese hoy

Los miembros pueden inscribirse en el programa Active&Fit Direct accediendo a un enlace personalizado en ascensionpersonalizedcare.com. Este enlace lo llevará al sitio web de Active&Fit Direct, donde podrá inscribirse. También recibirá una tarjeta de identificación para presentarla en determinados gimnasios.

Más características

- 250+ dispositivos de seguimiento y aplicaciones para llevar un seguimiento de su actividad y mantenerlo al tanto de sus objetivos
- Comunidad de Facebook y YouTube para obtener más consejos de salud y clases de entrenamiento, gratuitas y disponibles para el público
- Antes de inscribirse, pruebe 200 videos de entrenamiento gratuitos en el sitio web de Active&Fit Direct

Active&Fit DIRECT®

Ascension Personalized Care

Gym or Home?

We'll keep you active either way.

11,000+ STANDARD FITNESS CENTERS
 5,000+ **NEW** PREMIUM EXERCISE STUDIOS AND FITNESS CENTERS
 NO LONG-TERM CONTRACTS

4,000+ DIGITAL WORKOUT VIDEOS
 NEW ENROLL YOUR SPOUSE or domestic partner**

FITNESS PROGRAM MEMBERSHIP
 AS LOW AS
\$25/mo*
 16,000+ FITNESS CENTERS
 4,000+ WORKOUT VIDEOS
 Active&Fit DIRECT™

Learn More:

*Plus an enrollment fee and applicable taxes. Fees will vary based on fitness center selection.

**Add a spouse/domestic partner to a primary membership for additional monthly fees. Spouses/domestic partners must be 18 years or older. Fees will vary based on fitness center selection.

M966-513B 7/21 © 2021 American Specialty Health Incorporated (ASH). All rights reserved. The Active&Fit Direct™ program is provided by American Specialty Health Fitness, Inc., a subsidiary of ASH. Active&Fit Direct and the Active&Fit Direct logos are trademarks of ASH. Other names or logos may be trademarks of their respective owners. Fitness center participation varies by location. Digital workout videos are subject to change. ASH reserves the right to modify any aspect of the Program (including, without limitation, the Enrollment Fee, the Monthly Fee, and/or the Introductory Period) at any time per the terms and conditions. If we modify a fee or make a material change to the Program, we will provide you with no less than 30 days' notice prior to the effective date of the change; discontinue the Program entirely at any time upon advance written notice.

Acreditación



Ascension Personalized Care se compromete a promover servicios médicos de calidad para todos los miembros cumpliendo los estándares nacionales de calidad, responsabilidad, protección del consumidor y otras funciones operativas clave del plan médico.

Para afirmar nuestra dedicación a los principios de administración de la calidad, Ascension Personalized Care obtuvo la Acreditación Provisional de Planes Médicos del Mercado de Seguros de URAC. La Acreditación Provisional se otorga a organizaciones que no han iniciado operaciones comerciales, pero muestran que cumplen los criterios de URAC por medio de una autorevisión. Es el primer paso en nuestro recorrido de calidad hacia la excelencia en el desempeño.

Indiana

Plan médico con Acreditación del Mercado de Seguros Médicos (HIM) 7.4
 Acreditación completa: Vigencia del 1/1/22 al 1/1/25
 Número del certificado: HIX-5
 Identificador de asunto de HIOS: 35755
 Código NAIC de la compañía: 97772
 Código NAIC del grupo: NULO

Kansas

Plan médico con Acreditación del Mercado de Seguros Médicos (HIM) 7.4
 Acreditación completa: Vigencia del 1/1/22 al 1/1/25
 Número del certificado: HIX-5
 Identificador de asunto de HIOS: 32542
 Código NAIC de la compañía: 97772
 Código NAIC del grupo: NULO

Tennessee

Plan médico con Acreditación del Mercado de Seguros Médicos (HIM) 7.4
 Acreditación completa: Vigencia del 1/1/22 al 1/1/25
 Número del certificado: HIX-5
 Identificador de asunto de HIOS: 31663
 Código NAIC de la compañía: 97772
 Código NAIC del grupo: NULO

Texas

Plan médico con Acreditación del Mercado de Seguros Médicos (HIM) 7.4
 Acreditación completa: Vigencia del 1/1/22 al 1/1/25
 Número del certificado: HIX-5
 Identificador de asunto de HIOS: 57125
 Código NAIC de la compañía: 97772
 Código NAIC del grupo: NULO

Enlaces útiles

Página de inicio:

ascensionpersonalizedcare.com

Centro de ayuda:

Encuentre respuestas a las preguntas más frecuentes sobre planes de seguro médico.

ascensionpersonalizedcare.com/help

Busque un médico:

Busque en nuestra base de datos por un médico, especialista o centro de atención en nuestra red. Busque por ciudad y estado, código postal, apellido o especialidad.

ascensionpersonalizedcare.com/find-a-doctor

Hacer un pago:

Encuentre numerosas opciones de pago disponibles para nuestros miembros.

ascensionpersonalizedcare.com/payment

Función de chat:

¿Tiene preguntas y necesita hablar con un representante del servicio de Atención al Cliente? Haga clic en la función "Chat with us" (Hable con nosotros) en la esquina inferior derecha de cada página web.

Portal del miembro:

Los miembros pueden ver los reclamos, beneficios, tarjetas de identificación digitales y más en el portal del miembro.

Haga clic en el botón de inicio de sesión en la esquina superior derecha o visite [member. ascensionpersonalizedcare.com](https://ascensionpersonalizedcare.com).

ascensionpersonalizedcare.com.

ascensionpersonalizedcare.com.

Guía para miembros:

Una guía para entender los beneficios y la cobertura 2024 de la atención médica de 2023.

ascensionpersonalizedcare.com/members-home/member-resources/understanding-benefits/member-handbook

Programa de beneficios:

Vea los beneficios y costos cubiertos de cada plan.

ascensionpersonalizedcare.com/members-home/member-resources/understanding-benefits/schedule-of-benefits/2024-schedule-of-benefits

Resumen de beneficios y cobertura:

Busque el SBC de planes específicos para Indiana, Kansas, Tennessee y Texas.

ascensionpersonalizedcare.com/members-home/member-resources/2024-summary-of-benefits-and-coverage

Áreas de servicio:

APC continúa creciendo y ampliando los estados y condados en los que presta servicios. Visite la página de áreas de servicio para ver todos nuestros mercados actuales.

ascensionpersonalizedcare.com/members-home/member-resources/service-areas

Folleto de APC:

Vea los productos, servicios, áreas de cobertura y beneficios exclusivos de APC.

ascensionpersonalizedcare.com/-/media/project/aca/aca/member-pages/2024_product_guide.pdf

Formularios de miembros:

Vea formularios importantes y recursos generales para representantes y miembros.

ascensionpersonalizedcare.com/agents/agent-and-member-forms

Programas de descuentos para miembros:

Consulte beneficios y descuentos exclusivos para los miembros de APC.

ascensionpersonalizedcare.com/members-home/member-resources/understanding-benefits/member-discount-programs

Evidencia de Cobertura:

Consulte la información de las políticas de cada Estado.

ascensionpersonalizedcare.com/members-home/member-resources/understanding-benefits/evidence-of-coverage

Contactos importantes

Mantenga los contactos de atención médica importantes cerca. Agregue a esta hoja su médico de atención primaria, el hospital dentro de la red y de atención de urgencias más cercano, los especialistas dentro de la red y el laboratorio dentro de la red más cercano. Recórtela y colóquela en el refrigerador para que siempre tenga acceso fácil a sus médicos y centros de atención médica.

Ascension
Personalized Care

CONTACTOS IMPORTANTES

Médico de atención primaria:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Atención de urgencias o clínicas de atención de urgencia dentro de la red:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Hospital dentro de la red:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Especialista dentro de la red:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Laboratorio dentro de la red:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ascension
Personalized Care



Ascension

ascensionpersonalizedcare.com