

2025

Resumen de Beneficios

My Choice Wisconsin Partnership (HMO DSNP)

WISCONSIN H5209-002

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2025

H5209_25_002_WISB_M ES
WI-H5209-002-DSNP-SB-ES-25



Resumen de Beneficios para 2025

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por My Choice Wisconsin Partnership. Incluye respuestas a las preguntas más frecuentes, información de contacto importante, un resumen de los beneficios y servicios ofrecidos e información sobre sus derechos como miembro de My Choice Wisconsin Partnership. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de Cobertura*.

Tabla de contenidos

A. Limitación de responsabilidad	2
B. Preguntas más frecuentes (FAQ)	3
C. Lista de servicios cubiertos	9
D. Beneficios cubiertos fuera de My Choice Wisconsin Partnership	28
E. Servicios que My Choice Wisconsin Partnership, Medicare y Medicaid no cubren	29
F. Sus derechos como miembro del plan	30
G. Cómo presentar una queja o apelación de un servicio denegado	32
H. Qué hacer si sospecha de fraude	32



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

A. Limitación de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por My Choice Wisconsin Partnership para el 1 de enero del 2025. Este es solo un resumen. Consulte la *Evidencia de Cobertura* para ver la lista completa de beneficios. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios a los que puede acceder. Para obtener una lista completa de servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 963-0035 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora central, para solicitar la "Evidencia de Cobertura", o consulte nuestra página web en mychoicewi.org.

- ❖ My Choice Wisconsin Partnership es una HMO SNP con un contrato Medicare y un contrato Medicaid con el estado de Wisconsin. La inscripción en My Choice Wisconsin Partnership depende de la renovación del contrato.
- ❖ My Choice Wisconsin Health Plan Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Wisconsin Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- ❖ Para obtener más información sobre **Medicare**, puede leer el manual *Medicare y Usted*. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- ❖ Para más información sobre la Asociación de Asistencia Familiar, puede consultar la página web del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Wisconsin www.dhs.wisconsin.gov/familycare/fcp-index.htm o ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de ForwardHealth llamando al 800-362-3002, TTY: 711 (Wisconsin Relay)
- ❖ Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al (800) 963-0035 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana, de 8 de la mañana a 8 de la tarde, hora central. La llamada es gratuita.
- ❖ Para solicitar su idioma preferido que no sea el inglés o un formato alternativo, llame a Servicios para Miembros al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central, 7 días a la semana.
- ❖ Mantendremos un registro de las preferencias de idiomas y/o preferencias de formato de nuestros miembros y conservaremos esta información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y envíos por correo. Esto garantizará que nuestros miembros no tengan que realizar una solicitud independiente cada vez.
- ❖ Para cambiar una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros al (800) 963-0035, TTY: 711, 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

B. Preguntas más frecuentes (FAQ)

En la siguiente tabla, se enumeran las preguntas más frecuentes.

Preguntas más frecuentes	Respuestas
¿Es My Choice Wisconsin Partnership Family Care Partnership un plan de necesidades especiales totalmente integrado de doble elegibilidad (Fully Integrated Dual Eligible, FIDE)? (esta sección continúa en la siguiente página)	<p>My Choice Wisconsin Partnership es un plan especial de Medicare Advantage (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales.</p> <p>My Choice Wisconsin Partnership está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.</p> <p>Para inscribirse en My Choice Wisconsin Partnership, debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted es elegible para nuestro plan si cumple con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B• Vive en nuestra área de servicio• Es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos• Cumple los requisitos especiales de elegibilidad <p>Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan</p> <p>Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos.) Para ser elegible para nuestro plan debe ser elegible para Medicare y estar inscrito en el programa Family Care Partnership con My Choice Wisconsin. Family Care Partnership es un programa de Medicaid en Wisconsin.</p> <p>Usted es elegible para Family Care Partnership con My Choice Wisconsin si cumple los requisitos de elegibilidad.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tener al menos 18 años de edad;• Ser un anciano frágil o un adulto con discapacidad física o intelectual/ del desarrollo;• Sean residentes de nuestra área geográfica de servicio;• Ser funcionalmente elegibles según lo determinado por el Examen Funcional de Cuidados a Largo Plazo para Adultos de Wisconsin. <p>Es posible que tenga unos costos compartidos mensuales de Medicaid que deba pagar para seguir siendo elegible para Medicaid de Wisconsin y el</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Preguntas más frecuentes	Respuestas
<p>¿Es My Choice Wisconsin Partnership Family Care Partnership un plan de necesidades especiales totalmente integrado de doble elegibilidad (Fully Integrated Dual Eligible, FIDE)? (continuación)</p>	<p>Programa My Choice Wisconsin's Partnership. La agencia de Mantenimiento de ingresos de su condado determina el importe de los costos compartidos. Llame a uno de nuestros Representantes del Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.</p> <p>Para saber si reúne los requisitos para afiliarse, póngase en contacto con el Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (ADRC) de su condado. Encontrará una lista de los ADRC y sus números de teléfono al final de este folleto. Recuerde que debe ponerse en contacto con el ADRC de su condado para inscribirse. Esa es la única forma de inscribirse en el Programa Partnership de My Choice Wisconsin.</p> <p>Todos los miembros de Partnership tienen también derecho a recibir los beneficios de cuidados a largo plazo que cubre Medicaid. Todos los servicios de cuidados a largo plazo del paquete de beneficios de Partnership deben ser aprobados previamente por su equipo de atención médica.</p>
<p>¿Recibiré con My Choice Wisconsin Partnership los mismos beneficios de Medicare y Medicaid que recibo ahora?</p>	<p>Usted obtendrá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y Medicaid directamente de My Choice Wisconsin Partnership. Un equipo de proveedores le ayudará a determinar qué servicios satisfacen mejor sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe actualmente pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y equipo de cuidado. También puede obtener otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que lo hace ahora, directamente de agencias del condado.</p> <p>Cuando se inscriba en My Choice Wisconsin Partnership, usted y su equipo de atención médica trabajarán juntos para desarrollar un plan de atención que aborde sus necesidades de salud y de apoyo, reflejando sus preferencias y objetivos personales.</p> <p>Si usted está tomando cualquier medicamento recetado de la Parte D de Medicare que My Choice Wisconsin Partnership normalmente no cubre, puede obtener un suministro provisional y le ayudaremos con la transición a otro medicamento o a obtener una excepción para que My Choice Wisconsin Partnership cubra el medicamento si fuera medicamento necesario. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su equipo de cuidados a los números que aparecen en la parte inferior de esta página.</p>
<p>¿Puedo recurrir a los mismos médicos que consulto ahora? (esta sección continúa en la siguiente página)</p>	<p>Este es el caso más frecuente. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención médica) trabajan con My Choice Wisconsin Partnership y tienen un contrato con nosotros, podrá seguir recibiendo su atención.</p>

Preguntas más frecuentes	Respuestas
<p>¿Puedo recurrir a los mismos médicos que consulto ahora? (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los proveedores que tienen un contrato con nosotros se consideran “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan miembros de nuestro plan y proporcionan servicios que cubre nuestro plan. Usted debe utilizar los proveedores de la red de My Choice Wisconsin Partnership. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, el plan puede no pagar estos servicios o medicamentos. • Si necesita atención médica urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, usted puede usar proveedores fuera del área del plan de My Choice Wisconsin Partnership. • Si actualmente está en tratamiento con un proveedor que está fuera de la red de My Choice Wisconsin Partnership o tiene una relación establecida con un proveedor que está fuera de la red de My Choice Wisconsin Partnership, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su equipo de atención médica para consultar cómo permanecer conectado. <p>Para saber si sus proveedores pertenecen a la red del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su equipo de atención médica a los números que aparecen al final de esta página o lea el Directorio de proveedores y farmacias de My Choice Wisconsin Partnership en la página web del plan mychoicewi.org/partnership.</p> <p>Si es nuevo en My Choice Wisconsin Partnership, trabajaremos con usted para desarrollar un plan de cuidados que responda a sus necesidades.</p>
<p>¿Qué es un equipo de atención médica de My Choice Wisconsin Partnership?</p>	<p>Un equipo de atención de My Choice Wisconsin Partnership son los profesionales y amigos de la familia que usted decida que le ayudarán a obtener los servicios que necesita</p>
<p>¿Qué son los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)? (esta sección continúa en la siguiente página)</p>	<p>Los servicios y apoyo a largo plazo son una ayuda para las personas que necesitan asistencia a fin de realizar tareas cotidianas, como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar comida y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se brindan en su casa o su comunidad, pero podrían proporcionarse en una residencia para ancianos o en un hospital. En algunos casos, un condado u otra agencia puede administrar estos servicios y su equipo de atención trabajará con esa agencia.</p> <p>Todos los miembros de Partnership también tienen derecho a recibir los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo que cubre Medicaid y que se enumeran a continuación. Todos los servicios y ayudas a largo plazo del paquete de beneficios de Partnership deben ser aprobados previamente por su equipo de atención médica.</p>

Preguntas más frecuentes	Respuestas
<p>¿Qué son los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)? (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas de adaptación (generales y para vehículos) • Atención diurna para adultos • Tecnología asistencial/ayudas a la comunicación • Administración de cuidados/casos (incluida la evaluación y la planificación de casos) • Servicios clínicos y terapéuticos de consulta para cuidadores • Educación y capacitación de los consumidores • Asesoramiento y recursos terapéuticos • Adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones del hogar) • Servicios de gestión financiera • Servicios de recuperación de habilidades <ul style="list-style-type: none"> o Capacitación en habilidades para la vida diaria o Servicios de habilitación durante el día • Asesoramiento sobre vivienda • Alimentos - Entrega a domicilio • Servicios del Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS) • Servicios prevocacionales • Servicios de reubicación • Servicios residenciales: <ul style="list-style-type: none"> o Complejo de Apartamentos de Atención Residencial (RCAC) o Centro Residencial Comunitario (CBRF) o Hogar Familiar para Adultos (AFH) • Cuidados de relevo (para cuidadores y miembros en entornos institucionales y no institucionales) • Servicios de Enfermería Especializada • Equipos y suministros médicos especializados • Agente de apoyo • Empleos para personas con discapacidades • Atención domiciliaria de apoyo • Servicios de capacitación para cuidadores no remunerados



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Preguntas más frecuentes	Respuestas
¿Qué son los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)? (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte (transporte especializado) • Planificación del futuro profesional
¿Qué ocurre si necesito un servicio pero nadie de la red de My Choice Wisconsin Partnership puede proporcionármelo?	<p>La mayoría de los servicios serán prestados por proveedores de nuestra red. Si necesita algún servicio que no se pueda proporcionar dentro de nuestra red, My Choice Wisconsin Partnership pagará el costo de un proveedor fuera de la red.</p>
¿Dónde está disponible My Choice Wisconsin Partnership?	<p>El área de servicio de este plan incluye los condados de Brown, Columbia, Dane, Dodge, Fond du Lac, Jefferson, Manitowoc, Ozaukee, Sauk, Washington, Waukesha y Winnebago, en Wisconsin. Usted debe vivir en una de estas áreas para inscribirse al plan.</p> <p>Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de esta página para obtener más información sobre si el plan está disponible en su lugar de residencia.</p>
¿Qué es una autorización previa?	<p>Una autorización previa es una aprobación de My Choice Wisconsin Partnership para buscar servicios fuera de nuestra red o para obtener servicios que no están cubiertos rutinariamente por nuestra red antes de que usted obtenga los servicios.</p> <p>My Choice Wisconsin Partnership no puede cubrir el servicio, procedimiento, artículo o medicamento si usted no obtiene autorización previa.</p> <p>Si usted necesita atención médica urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener autorización previa. My Choice Wisconsin Partnership puede proporcionar una lista de servicios o procedimientos que necesitan que se obtenga una autorización previa de My Choice Wisconsin Partnership antes de que se proporcione el servicio.</p> <p>Consulte el Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura para conocer los servicios que requieren una autorización previa.</p> <p>Si tiene preguntas sobre si se requiere una autorización previa para acceder a servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de esta página para obtener ayuda.</p>

Preguntas más frecuentes	Respuestas
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) bajo My Choice Wisconsin Partnership?	<p>No. Como tiene Medicaid no pagará ninguna prima mensual por su cobertura de salud.</p> <p>Sin embargo, deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid o un tercero pague dicha prima por usted.</p>
¿Pago un deducible como miembro de My Choice Wisconsin Partnership?	<p>No. Usted no paga deducibles en My Choice Wisconsin Partnership.</p>
¿Cuál es el monto máximo de mi bolsillo que pagaré por los servicios médicos como miembro de My Choice Wisconsin Partnership?	<p>No hay distribución de costos para los servicios médicos en My Choice Wisconsin Partnership, por lo que sus gastos anuales de bolsillo serán de \$0.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que posiblemente necesite, sus costos y las reglas de los beneficios.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
<p>Necesita atención hospitalaria (continúa en la siguiente página)</p>	Hospitalización	\$0	<p>Nuestro plan cubre 90 días durante un periodo de beneficios para una hospitalización en virtud del beneficio de Medicare. Un periodo de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa a un hospital para pacientes internados o en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) cubierto por Medicare.</p> <p>El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en un hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o a un SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo.</p> <p>No hay un límite para la cantidad de periodos de beneficios que pueda tener. Es posible que tenga cobertura para servicios hospitalarios adicionales para pacientes internados en virtud del beneficio de Medicaid. Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluida la observación	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita atención hospitalaria (continuación)			Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Servicios de centros de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	Atención de un médico o cirujano	\$0	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
Usted necesita consultar a un médico (continúa en la siguiente página)	Consultas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Atención para evitar enfermedades, como vacunas contra la gripe y exámenes de detección del cáncer	\$0	<p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía y la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer la vacuna contra la hepatitis B COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo, y si cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Desea consultar a un médico (continuación)			También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.
	Consultas de rutina, como un examen físico	\$0	Cualquier servicio médico preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año contractual estará cubierto. Comuníquese con el plan para obtener más información.
	"Bienvenido(a) a Medicare" (consulta preventiva una sola vez)	\$0	Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo, esto está cubierto una vez cada 12 meses. Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando concierte su cita, informe al consultorio de su doctor que desea programar su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare". Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Atención de especialista	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
<p>Usted necesita atención de emergencia (continúa en la siguiente página)</p>	<p>Servicios de la sala de emergencias</p>	<p>\$0</p>	<p>Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, sin autorización previa. Los servicios de emergencia no se cubren fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas.</p> <p>Consulte con el plan para obtener más información. Cobertura de atención médica urgente y de emergencia en todo el mundo y está disponible para usted hasta \$10,000 por año como beneficio suplementario de Medicare.</p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	<p>Atención de urgencia</p>	<p>\$0</p>	<p>La atención médica urgente no es atención de emergencia. Usted no necesita una autorización previa y no es necesario que esté dentro de la red. La atención médica urgente NO está cubierta fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas.</p> <p>Los servicios requeridos urgentemente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica que no es de emergencia, imprevista, que requiere atención médica inmediata. Cobertura de atención médica urgente y de emergencia en todo el mundo y está disponible para usted hasta \$10,000 por año como beneficio suplementario de Medicare.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita atención de emergencia (continuación)			Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Usted necesita análisis médicos	Servicios radiológicos de diagnóstico [por ejemplo, radiografías u otros servicios de diagnóstico por imágenes, como la tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia magnética (RM)]	\$0	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios.</p> <p>Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.</p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	Pruebas de laboratorio y procedimientos diagnósticos, como análisis de sangre	\$0	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
Necesita servicios de audición o auditivos (continúa en la siguiente página)	Exámenes preventivos de audición	\$0	<p>Además de los servicios auditivos cubiertos por Medicare, puede realizarse una prueba auditiva de rutina una vez cada año calendario como beneficio suplementario de Medicare.</p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	Audífonos	\$0	La evaluación o los ajustes de los audífonos se pueden realizar una vez cada año calendario como beneficio suplementario de Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita servicios de audición o auditivos (continuación)			<p>Nuestro plan cubre hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada 2 años como beneficio suplementario de Medicare.</p> <p>Debe utilizar el proveedor del plan para acceder a este beneficio.</p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
Usted necesita atención dental	Chequeos dentales y atención preventiva	\$0	<p>Nos hemos asociado con un proveedor dental para brindarle más opciones para sus necesidades dentales de rutina. Si usted usa los servicios de un proveedor dentro de nuestra red de proveedores dentales, recibirá los Servicios dentales preventivos y los Servicios dentales integrales selectos a través de este proveedor.</p> <p>Los servicios dentales preventivos incluyen: exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con fluoruro y radiografías sin costo para usted.</p>
	Atención dental reconstituyente y de emergencia	\$0	<p>Además, tendrá \$3,600 para servicios dentales integrales selectos, incluidas dentaduras postizas.</p> <p>La asignación máxima anual no se aplica a sus servicios preventivos suplementarios.</p>
Necesita atención para la vista(continúa en la siguiente página)	Exámenes de la vista	\$0	<p>Nos hemos asociado con un proveedor de visión para darle más valor a sus necesidades de visión de rutina.</p> <p>La cobertura de su beneficio complementario de Medicare incluye:</p>

? Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org. 14

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
<p>Usted necesita atención para la vista (continuación)</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina cada año calendario de nuestro proveedor de atención de la vista suplementario. <p>Para encontrar un proveedor de servicios de la vista de la red cerca de usted, puede buscar en línea utilizando nuestra herramienta de búsqueda de proveedores de servicios de la vista en mychoicewi.org.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para los exámenes de la vista.</i></p> <p>Es posible que pueda acceder a exámenes visuales adicionales en el marco de sus beneficios de Medicaid si cumple los criterios de Medicaid.</p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	<p>Anteojos o lentes de contacto</p>	<p>\$0</p>	<p>Nos hemos asociado con un proveedor de visión para darle más valor a sus necesidades de visión de rutina.</p> <p>Su cobertura de los beneficios suplementarios de Medicare incluye una asignación para anteojos de \$300 cada año calendario.</p> <p>Puede usar su asignación para anteojos para comprar lo siguiente:</p> <p>Lentes de contacto, Gafas (monturas y lentes), Monturas de gafas, Lentes de gafas y Mejoras (como lentes tintadas, U-V, polarizadas o fotocromáticas. Si elige lentes de contacto, su asignación para anteojos también se puede usar para pagar la</p>

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
<p>Usted necesita atención para la vista (continuación)</p>			<p>totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto.</p> <p>Usted es responsable de pagar los anteojos correctivos que excedan el límite de la asignación para anteojos del plan.</p> <p>Todos los beneficios deben usarse en el año del plan y solo están disponibles si está inscrito en el momento en que se prestan los servicios.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	<p>Otro cuidado para la vista (incluido el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos)</p>	<p>\$0</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado para la vista, como exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oftalmológicas, cubiertos por Medicare. • Un examen preventivo para la detección de glaucoma cubierto por Medicare cada año calendario si tiene un alto riesgo de sufrir glaucoma. • Un examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare cada año calendario si tiene diabetes.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita atención para la vista (continuación)			<ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares. <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
Usted necesita servicios de salud mental	Servicios de salud mental	\$0	<p><i>Se requiere autorización previa para algunos servicios de esta categoría.</i></p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
	Atención de pacientes internados y ambulatorios y servicios basados en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud mental	\$0	<p>Los servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios basados en la comunidad incluyen pruebas de detección, evaluación y evaluaciones de diagnóstico (incluidas evaluaciones de terapia ocupacional), planificación del tratamiento y psicoterapia grupal y familiar.</p> <p>Los servicios están disponibles para los miembros de los planes Medicaid Basic y Enhanced.</p>
Usted necesita servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (continúa en la siguiente página)	Tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias	\$0	<p>Medicare cubre el tratamiento hospitalario y ambulatorio para los trastornos por consumo de sustancias (SUD).</p> <p>Consultas de tratamiento individuales o grupales</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid,</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (continuación)			coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Usted necesita un lugar donde vivir con personas disponibles para ayudarle	Atención de enfermería especializada	\$0	Como tiene Medicaid, está cubierto durante un número ilimitado de días en cada periodo de beneficios. <i>Se requiere autorización previa.</i> Comuníquese con el plan para obtener más información.
	Atención en una residencia para ancianos	\$0	Como tiene Medicaid, está cubierto durante un número ilimitado de días en cada periodo de beneficios. <i>Se requiere autorización previa.</i> Comuníquese con el plan para obtener más información.
Usted necesita tratamiento después de un accidente o accidente cerebrovascular	Terapia física, ocupacional o del habla	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud(continúa en la siguiente página)	Servicios de ambulancia	\$0	Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros cuyas condiciones médicas son tales que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud, o si lo autoriza el plan. El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud (continuación)			<p>miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario. Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia. Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	Transporte para acudir a las citas médicas y a los servicios	\$0	<p>Como tiene Medicaid, el transporte rutinario puede estar cubierto. <i>Se requiere autorización previa.</i> Comuníquese con el plan para obtener más información. Medicare no cubre servicios de transporte de rutina. Como beneficio suplementario de Medicare, tiene una asignación de \$100 cada mes en su tarjeta de débito My Choice para gastar en transporte a lugares relacionados con la salud. Este monto se combina con su asignación mensual de artículos de venta libre (OTC). Si no utiliza toda la asignación de su beneficio mensual, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente periodo de beneficios. Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
<p>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa en la siguiente página)</p>	<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</p>	<p>\$0</p>	<p>Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por el médico en su consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y algunos medicamentos que se usan con cierto equipo médico.</p> <p>Lea la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre estos medicamentos.</p> <p>Su farmacia debe facturar el 20% restante de los costos compartidos a ForwardHealth. Para más información, consulte el folleto.</p>
	<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte D</p> <p>Categoría 1: Medicamentos genéricos y de marca cubiertos</p>	<p>\$0 para un suministro de 31 días.</p> <p>Los copagos por medicamentos recetados pueden variar según el nivel de "Ayuda Extra (Extra Help)" que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>	<p>Es posible que haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de My Choice Wisconsin Partnership.</p>

? Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org. 20

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
<p>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)</p>	<p>Medicamentos de venta libre (OTC)</p>	<p>\$0</p>	<p>Es posible que haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) de My Choice Wisconsin Partnership.</p> <p>Como beneficio suplementario de Medicare, usted tiene una asignación de \$100 cada mes en su tarjeta de beneficios My Choice para gastar en medicamentos de venta libre (OTC).</p> <p>Este monto se combina con su asignación mensual de transporte. Si no utiliza toda la asignación de su beneficio mensual, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente periodo de beneficios.</p> <p>No necesita una receta médica de su médico para comprar artículos OTC a través de este beneficio suplementario de Medicare.</p> <p>Debe mostrar su tarjeta de beneficios My Choice a los proveedores participantes para recibir los artículos relacionados con la salud aprobados en las tiendas.</p> <p>Es necesario disponer de su tarjeta de beneficios My Choice para acceder a estos beneficios. Puede obtener más información sobre su tarjeta de beneficios My Choice en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p> <p>Nota: Esta cobertura es para su beneficio de artículos OTC suplementario de Medicare. Algunos medicamentos OTC y ciertas</p>

? Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org. 21

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)			<p>vitaminas están cubiertos por su beneficio de Medicaid.</p> <p>Puede llamar a Servicios para Miembros o visitar nuestro sitio web en mychoicewi.org para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos por su beneficio de Medicaid.</p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	Servicios de rehabilitación	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales	Equipo médico para atención a domicilio	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Servicios de diálisis	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Usted necesita atención para los pies	Servicios de podología	\$0	<p>Medicare cubre exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
	Servicios ortóticos	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
<p>Necesita equipo médico duradero (durable medical equipment, DME)</p> <p>Nota: Esta no es una lista completa de los DME cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o consulte el Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	Sillas de ruedas, muletas y andadores	\$0	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	Nebulizadores	\$0	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	Equipos y suministros de oxígeno	\$0	<p>No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.</p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
<p>Necesita ayuda para su vida en casa (continúa en la siguiente página)</p>	Servicios médicos domiciliarios	\$0	<p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
	Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones en el hogar, como barras de apoyo	\$0	<p>Los servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones en el hogar, como barras de apoyo, no están cubiertos por Medicare.</p> <p>Este tipo de servicios pueden estar disponibles para usted si reúne los requisitos para la exención para ancianos y discapacitados (A&D).</p> <p>Los participantes de la exención para A&D pueden ser elegibles para recibir lo siguiente:</p>

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita ayuda para su vida en casa (continuación)			<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ama de llaves (que ayudan con tareas como lavandería, mandados, preparación de comidas y otras tareas domésticas de rutina si nadie más en el hogar puede ayudar); • y/o Adaptaciones de accesibilidad al entorno (que son modificaciones menores en el hogar, como instalar rampas o ampliar puertas). <p>Su coordinador de atención puede ayudarle a obtener más información sobre estos servicios e indicarle si podría calificar.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus servicios de Medicare, Medicaid y cualquier exención para A&D para los que califique.</p>
	Servicios de día de recuperación de habilidades	\$0	Capacitación para la vida diaria y Servicios de recuperación de habilidades diurnas
	Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta (servicios de atención médica domiciliaria o servicios de asistente de cuidado personal)	\$0	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más información.</p>
Servicios adicionales (continúa en la siguiente página)	Acupuntura	\$0	Se cubren hasta 12 consultas en 90 días por lumbago crónico. Se cubren hasta ocho sesiones adicionales en el mismo año para aquellos pacientes que demuestran una mejoría.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	<p><i>Se puede requerir autorización previa para suministros, calzado y accesorios para diabéticos.</i></p> <p>Tenemos un fabricante preferido para las tiras reactivas para diabéticos.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.</i></p> <p>Los suministros están cubiertos cuando tiene una receta y la surte en una farmacia minorista de la red o a través del programa de Farmacia de Servicio por Correo.</p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	Educación para la Salud	\$0	Programas que le ayudan a aprender a controlar sus condiciones de salud y que incluyen educación para la salud, materiales de aprendizaje, consejos de salud y consejos de cuidado.
	Beneficio de nutrición/ alimentación	\$0	12 sesiones individuales o grupales cada año. Asesoramiento nutricional telefónico individual a pedido.
	Servicios de tratamiento relacionados con opioides	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	\$0	Deducible de 3 pintas exonerado.
	Servicios protésicos	\$0	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de beneficios (reglas de los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Radioterapia	\$0	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad	\$0	<p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Como se trata de un plan coordinado de Medicare-Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.</p>
	Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas	\$0	<p>Asignación de \$200 cada mes para alimentos y productos La asignación que no se utilice no se transfiere al mes siguiente.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p> <p>Debe utilizar su tarjeta de beneficios My Choice para obtener los beneficios y servicios. Consulte la sección Tarjeta de beneficios My Choice para obtener más información.</p> <p>Los miembros deben completar una Evaluación de Riesgos para la Salud y cumplir con los criterios descritos en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p>
	Servicios de telemedicina	\$0	<p>Incluye servicios de médico de atención primaria.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>
	Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas	\$0	<p>Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

El resumen de beneficios anterior se proporciona sólo con fines informativos y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la *Evidencia de Cobertura* de My Choice Wisconsin Partnership. Si no tiene una *Evidencia de Cobertura*, llame a Servicios para Miembros de My Choice Wisconsin Partnership a los números que aparecen al pie de este documento para obtener una. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite mychoicewi.org.

D. Beneficios cubiertos fuera de My Choice Wisconsin Partnership

Hay algunos servicios que usted puede obtener que no están cubiertos por My Choice Wisconsin Partnership, pero que están cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros o a los números que aparecen en la parte inferior de esta página para obtener más información sobre estos servicios.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal	Sus costos
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	\$0
Administración de casos específicos	\$0

E. Servicios que My Choice Wisconsin Partnership, Medicare y Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Miembros o a los números que aparecen en la parte inferior de esta página para obtener más información sobre otros servicios excluidos.

Servicios que My Choice Wisconsin Partnership, Medicare y Medicaid no cubren

Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (doctores que no estén en el Directorio de Proveedores). Si es usted un miembro indio, se le permite obtener los servicios cubiertos de profesionales de la salud indios fuera de la red.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de My Choice Wisconsin Partnership, usted tiene ciertos derechos. Usted puede ejercer estos derechos sin consecuencias. También puede ejercer estos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la Evidencia de Cobertura. Sus derechos incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

- **Tiene derecho a que se le trate con respeto, imparcialidad y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
 - Obtener servicios cubiertos sin importar su afección, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales e identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública.
 - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra de molde grande, sistema braille o audio) de forma gratuita.
 - Estar libre de todo tipo de restricción física o reclusión.
- **Tiene derecho a recibir información sobre su atención médica.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un idioma y formato que usted pueda entender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre lo siguiente:
 - Descripción de los servicios que cubrimos.
 - Cómo recibir servicios.
 - Cuánto le costarán los servicios.
 - Nombres de proveedores y equipos de atención médica.
- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
 - Elegir un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) y cambiarlo en cualquier momento durante el año.
 - Consultar a un proveedor de atención médica de salud de la mujer sin una remisión
 - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos con rapidez
 - Conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo o si están cubiertas o no
 - Rechazar tratamientos, aunque su proveedor de atención médica le aconseje lo contrario.
 - Dejar de tomar medicamentos, incluso si su proveedor de atención médica le aconseja lo contrario
 - Solicitar una segunda opinión. My Choice Wisconsin Partnership pagará el costo de la consulta para la segunda opinión.
 - Dar a conocer sus deseos de atención médica en una directiva anticipada.

- **Usted tiene derecho al acceso oportuno a atención médica sin obstáculos de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
 - Recibir atención médica oportunamente.
 - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto significa acceso sin obstáculos para personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
 - Tener intérpretes que le ayuden a comunicarse con sus proveedores de atención médica y con su plan de salud.
- **Tiene derecho a recibir atención médica urgente y de emergencia cuando la necesite.** Significa que tiene derecho a lo siguiente:
 - Recibir servicios de emergencia sin autorización previa en una emergencia.
 - Consultar con un proveedor de atención urgente y de emergencia fuera de la red cuando sea necesario.
- **Tiene derecho a la confidencialidad y a la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
 - Pedir y obtener una copia de sus historias clínicas de manera que usted pueda comprenderlas y pedir que se hagan cambios o correcciones en ellas.
 - Que su información médica personal se mantenga privada.
 - Tener privacidad durante el tratamiento.
- **Tiene el derecho a presentar una queja sobre sus cuidados o servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
 - Presentar una queja o reclamo contra nosotros o nuestros proveedores.
 - Presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros de ForwardHealth del Estado de Wisconsin al 800-362-3002, TTY: 711 (Wisconsin Relay). La página web de la asociación My Choice Wisconsin, mychoicewi.org, dispone de formularios de reclamación e instrucciones en línea.
 - Apelar ciertas decisiones tomadas por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Wisconsin en cuanto a nuestros proveedores.
 - Solicitar una Audiencia Estatal.
 - Obtener una explicación detallada de por qué se denegaron los servicios.

Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la *Evidencia de Cobertura*. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de My Choice Wisconsin Partnership a los números que aparecen al final de esta página.

También puede llamar al Mediador Independiente especial para personas que tienen Medicare y Medicaid. Para miembros de 18 a 59 años de edad, póngase en contacto con: Disability Rights Wisconsin, Toll Free: 800-928-8778 and TTY: 711 (Wisconsin Relay). Para miembros de 60 años de edad o más, póngase en contacto con: Junta de Wisconsin sobre Envejecimiento y Cuidados a Largo Plazo, llamada gratuita: 800-815-0015 and TTY: 711 (Wisconsin Relay)

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org. 31

G. Cómo presentar una queja o apelación de un servicio denegado

Si tiene alguna queja o cree que My Choice Wisconsin Partnership debería cubrir algo que le hemos denegado, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su equipo de atención médica a los números que aparecen al final de esta página. Usted puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas o apelaciones, puede consultar el **Capítulo 9** de la *Evidencia de Cobertura*. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de My Choice Wisconsin Partnership a los números que aparecen al final de esta página.

Usted puede presentar un reclamo (una queja) o alguien más puede presentar el reclamo (la queja) en su nombre.

Para presentar la queja (reclamación):

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 963-0035 (TTY: 711)
- Envíe su queja por fax al (608) 245-3821.
- Escriba a:
My Choice Wisconsin Health Plan
ATTN: Member Rights Specialist
10201 W. Innovation Drive
Suite 100
Wauwatosa, WI 53226

H. Qué hacer si sospecha de fraude

La mayoría de los profesionales de atención médica y las organizaciones que proporcionan servicios son honestos. Desafortunadamente, pueden existir algunos deshonestos.

Si le parece que algún médico, hospital u otra farmacia está cometiendo un error, comuníquese con nosotros.

- Llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de My Choice Wisconsin Partnership. Los números de teléfono son los números que aparecen al pie de esta página.
- O comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de ForwardHealth al 800-362-3002. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711(Wisconsin Relay).
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- O bien, llame a la Línea Directa contra el Fraude del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin al 1-877-865-3432. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711(Wisconsin Relay).

Si tiene preguntas generales o sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de identificación del miembro, llame a Servicios para Miembros de My Choice Wisconsin Partnership:

(800) 963-0035

Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. | los 7 días de la semana, hora del centro

El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.

TTY:711

Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.

Las llamadas a este número son gratuitas. de 8 a.m. a 8 p.m. | los 7 días de la semana, hora del centro

Si tiene preguntas sobre su salud:

- Llame a su proveedor de atención primaria (PCP). Siga las instrucciones de su PCP para recibir atención cuando el consultorio esté cerrado.
- Si el consultorio de su PCP está cerrado, también puede llamar a nuestra Línea de Consejos de Enfermería, que se encuentra disponible las 24 horas. Un miembro del personal de enfermería escuchará su problema y le dirá cómo obtener atención. (Ejemplo: [convenience care,] urgent care, emergency room).

Los números de la Línea de Consejos de Enfermería de 24 horas son los siguientes:

(877) 373-8985. Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, 24 horas al día.

My Choice Wisconsin Partnership también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711

Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, 24 horas al día.

Recuerde que **debe** ponerse en contacto con el ADRC de su condado para inscribirse. Esa es la única forma de inscribirse en el **Programa Partnership de My Choice Wisconsin**.

Póngase en contacto con el Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (Aging and Disability Resource Center, ADRC) de su localidad para averiguar si reúne los requisitos para afiliarse y para inscribirse.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership al (800) 963-0035, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora del centro La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

ADRC of Brown County

300 S. Adams Street
Green Bay, WI 54301
Teléfono local: (920) 448-4300
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711

ADRC of Columbia County

111 E. Mullett Street
P.O. Box 136
Portage, WI 53901-0136
Teléfono gratuito: (888) 742-9233
Teléfono local: (608) 742-9233
TTY/TDD/Relay: (608) 742-9229

ADRC of Dane County

2865 N. Sherman Avenue
Madison, WI 53704
Teléfono gratuito: (855) 417-6892
Teléfono local: (608) 240-7400
TTY/TDD/Relay: (608) 240-7404

ADRC of the Lakeshore

Manitowoc Office
1701 Michigan Avenue
Manitowoc, WI 54220
Teléfono gratuito: (877) 416-7803
TTY/TDD/Relay: (920) 683-5168

ADRC of Ozaukee County

121 W. Main Street
P.O. Box 994
Port Washington, WI 53074
Teléfono gratuito: (866) 537-4261
Teléfono local: (262) 284-8120
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711

ADRC of Washington County

333 E. Washington Street, Room 1000
West Bend, WI 53095
Teléfono gratuito: (877) 306-3030
Teléfono local: (262) 335-4497
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711

ADRC of Dodge County

199 County Road DF, 3rd Floor
Juneau, WI 53039
Teléfono gratuito: (800) 924-6407
Teléfono local: (920) 386-3580
TTY/TDD/Relay: (920) 386-3883

ADRC of Fond du Lac County

50 N. Portland Street
Fond du Lac, WI 54935
Teléfono gratuito: (888) 435-7335
Teléfono local: (920) 929-3446
TTY/TDD/Relay: (920) 929-3400

ADRC of Jefferson County

1541 Annex Road
Jefferson, WI 53549
Teléfono gratuito: (866) 740-2372
Teléfono local: (920) 674-8734
TTY: (800) 947-3529
TTD: (920) 674-5011

ADRC of Waukesha County

514 Riverview Avenue
Waukesha, WI 53188
Teléfono gratuito: (866) 677-2372
Teléfono local: (262) 548-7848 TTY/TDD/Relay: WI
Relay 711

ADRC of Winnebago County

220 Washington Ave.
P.O. Box 2187
Oshkosh, WI 54903-2187
Teléfono gratuito: (877) 886-2372
TTY/TDD/Relay: WI Relay 711

ADRC of the Wolf River Region

Shawano County
W7327 Anderson Avenue
Shawano, WI 54166
Teléfono gratuito: (855) 492-2372
TTY/TDD/Relay: (866) 526-3130



Medicare Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-800-963-0035 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-963-0035 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-963-0035 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-800-963-0035 (TTY: 711)。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 1-800-963-0035 (TTY: 711) 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-963-0035 (TTY: 711). May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-963-0035 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-963-0035 (TTY: 711). Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Medicare (WI DSNP My Choice)

H5209_25_5952_WISNPMYChoiceMLI_C

Form CMS-10802

(Expires 12/31/25)

WI-H5209-DSNP-MLI-EN-25

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-963-0035 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-963-0035 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian:

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-800-963-0035 (TTY: 711). Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم (1-800-963-0035 (TTY: 711)). سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-800-963-0035 (TTY: 711) पर कॉल करें। हार्दी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-800-963-0035 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-963-0035 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-963-0035 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Medicare (WI DSNP My Choice)

H5209_25_5952_WISNPMYChoiceMLI_C

Form CMS-10802

(Expires 12/31/25)

WI-H5209-DSNP-MLI-EN-25

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-963-0035 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese:

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-963-0035 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Albanian:

Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'iu përgjigjur çdo pyetjeje që mund të keni rreth planit tone shëndetësor ose të barnave. Për të marrë një interpret, thjesht na telefononi në 1-800-963-0035 (TTY: 711). Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim pa pagesë.

Laotian:

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ທີ່ ຄວນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-800-963-0035 (TTY: 711). ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Hmong:

Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus yam tsis xam nqi los teb cov lus nug uas koj muaj hais txog peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj kho mob. Yog xav tau ib tug neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-963-0035 (TTY: 711). Ib tug uas hais lus Hmoob pab tau koj. Nov yog ib qho kev pab cuam pub dawb xwb.

Pennsylvanian Dutch:

Mir hen koschdelos Iwwersetze Services um eeniche Frooge die du hoscht iwwer en Health odder Drug Blan zu antwadde. Um en Iwwersetzer zu griege, yuscht ruf uns um 1-800-963-0035 (TTY: 711). Epper der Deitsch schwetzt kann dir helfe. Des iss en koschdelos Service.

Serbo-Croatian:

Имамо бесплатне услуге преводиоца да одговоримо на сва питања која имате о нашем здравственом плану или плану за лекове. Да бисте добили преводиоца, само нас позовите на број 1-800-963-0035 (TTY: 711). Неко ко говори Српски може вам помоћи. Ово је бесплатна услуга.

Somali:

Waxaan haynaa adeegyada turjubaanka bilaashka ah ee kaaga jawaabayo su'aalo walba ee laga yaabo inaad ka qabtid qorshaheena caafimaadka ama daawada. Si aad u heshid turjubaan, kaliya naga soo wac 1-800-963-0035 (TTY: 711). Qof ku hadlaa af Somali ayaa ku caawin kara. Kan waa adeeg bilaash ah.

Medicare (WI DSNP My Choice)

H5209_25_5952_WISNPMYChoiceMLI_C

Form CMS-10802

(Expires 12/31/25)

WI-H5209-DSNP-MLI-EN-25

